

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 59

Travail de la Clinique Obstétricale

NEUF OPÉRATIONS DE GIGLI

A la Clinique Obstétricale de Lyon

Etude Clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel DUCLUZAUX

Né à Stenay (Meuse), le 20 Juillet 1889,

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1912

NEUF OPÉRATIONS DE GIGLI
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LYON
ETUDE CLINIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 59

Travail de la Clinique Obstétricale

NEUF OPÉRATIONS DE GIGLI

A la Clinique Obstétricale de Lyon

Etude Clinique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel DUCLUZAUX

Né à Stenay (Meuse), le 20 Juillet 1889,

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		X...
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		LESIEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		COURMONT (P.).
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique.....	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle.....	Et. MARTIN.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	Et. MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY ch...
PATEL.	LATARJET.	GADE.	SAVY ch...

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président*; COMMANDEUR, *Assesseur*;
MM. VORON et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ADRIEN DUCLUZAUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CHARLES DUCLUZAUX

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon,

Accoucheur des Hôpitaux de Lyon,

Président honoraire de la Société Obstétricale de France.

*Il m'a inspiré le sujet de cette thèse
et me fait aujourd'hui le grand hon-
neur d'en accepter la présidence.*

*Qu'il veuille bien agréer l'hommage
de ma respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMMANDEUR

Accoucheur des Hôpitaux de Lyon.

*Mes sincères remerciements iront à MM. les Docteurs Bour-
ret, chef de Clinique obstétricale; Trillat, chef du Laboratoire
de la Clinique, et Rhenter, moniteur de la Clinique, qui m'ont
maintes fois prodigué leurs conseils dévoués et éclairés, et tou-
jours réservé le plus aimable accueil.*

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

DE NANCY ET LYON

ET DE

L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Nous n'avons nullement l'intention d'entreprendre dans notre thèse l'étude, même résumée, de l'opération de Gigli. Ne fût-ce que pour l'esquisser, il nous faudrait dépasser de beaucoup les limites de cet exposé.

Notre but est simplement d'étudier, au point de vue clinique, une série de neuf cas, où l'on verra à l'œuvre un manuel opératoire aussi simple que pratique, actuellement adopté d'une façon définitive par notre maître, le professeur Fabre. Cela nous amènera à passer en revue et à discuter les principales indications de cette intervention et à voir quels résultats immédiats et éloignés on en peut attendre.

Le sujet nous a d'autant plus captivé qu'au cours de l'année 1912, nous avons eu l'occasion d'observer personnellement deux opérées à la clinique, et nous avons pensé que la reproduction photographique, au cours de ce travail, des principaux temps d'une de ces opérations, ne manquerait pas d'intérêt.

Nous essaierons de démontrer, comme complément à notre étude clinique, qu'après avoir totalement supplanté la néfaste symphyséotomie, l'opération de Gigli, bien conduite, a pris, grâce à son infime

mortalité et à sa faible morbidité, une place prépondérante en chirurgie obstétricale. Elle peut, en effet, dans bien des cas, se substituer avantageusement à la césarienne et permet bien souvent d'éviter un accouchement prématuré aléatoire, ou les mutilations fœtales, auxquelles l'accoucheur ne se résout jamais qu'à regret.

En quoi consiste l'opération de Gigli ? — L'accouchement est sans aucun doute un acte essentiellement physiologique et, le plus souvent, la tête du fœtus se trouvant adaptée comme volume et comme forme à la configuration et à la capacité du bassin maternel, le rôle de l'accoucheur se borne à observer, à surveiller, à attendre, à savoir faire attendre.

Quelquefois, au contraire, il y a disproportion : la tête du fœtus est trop volumineuse, ou, plus fréquemment, le bassin est trop étroit.

L'accouchement spontané est devenu impossible et l'intervention de l'accoucheur nécessaire.

Les moyens dont il dispose peuvent se résumer ainsi :

1° Ceux qui ont pour résultat de diminuer les dimensions de la tête fœtale : accouchement prématuré provoqué, ou, — à terme, — forceps, version, mutilations fœtales.

2° Ceux qui ont pour effet d'escamoter la filière pelvi-génitale en donnant issue au fœtus par la voie abdominale : opération césarienne.

3° Ceux qui recherchent l'agrandissement momentané du bassin : symphyséotomie, ischiopubiotomie et opération de Gigli ou pubiotomie.

Il est aujourd'hui suffisamment démontré par l'expérience que la section de la symphyse pubienne est une arthrotomie grave. Tombée en désuétude, elle est destinée à disparaître de la pratique obstétricale.

L'ischiopubiotomie, imaginée par Farabeuf, ne présente pas les mêmes inconvénients, mais on la pratique peu, car elle s'applique exclusivement à une viciation pelvienne relativement rare, le bassin oblique-ovalaire de Nœgelé.

L'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli nous occupera seule : cette opération consiste à scier le pubis au voisinage de la symphyse au moyen de la scie filiforme, — simple fil métallique rugueux — imaginée par l'accoucheur italien.

Cette double condition, section en dehors de la symphyse et emploi de la scie filiforme, constitue le principe essentiel comme l'originalité de la méthode.

L'Opération de Gigli à la Clinique Obstétricale de Lyon.

Du vivant de Fochier, on pratiquait la symphyséotomie à la Clinique obstétricale de Lyon, mais l'enthousiasme suscité au début par cette intervention allait diminuant devant les résultats peu encourageants qu'elle donnait.

Le professeur Fabre abandonna complètement la section symphysaire, déjà bien délaissée par son maître, et, en 1907, il faisait à Lyon sa première opération de Gigli, qui fut couronnée d'un plein succès pour la mère et pour l'enfant. Huit autres pubiotomies ont été pratiquées depuis à la Clinique, tant par M. Fabre que par ses collaborateurs, MM. Trillat et Bourret. Nous avons pu, cette année, en observer personnellement deux cas et retrouver à leur domicile 7 opérées sur 9; aussi terminerons-nous la relation de leurs observations par quelques mots sur la façon dont leur bassin s'est comporté depuis; malheureusement, le point de vue obstétrical n'entrera pas en ligne de compte, car aucune de ces femmes n'a présenté de nouvelle grossesse.

Nous soulignerons succinctement les caractéristiques les plus saillantes de ces observations; seules

elles inspireront les considérations d'ensemble qui suivront.

OBSERVATION I

(*Bulletin Soc. Obst. de Paris*, 1907, p. 266).

Madame A..., 37 ans, IIpare, dévideuse (1907. obs. 858), entre le 24 sept. 1907, enceinte de 8 mois 10 jours ; les eaux sont écoulées depuis la veille ; elle a des douleurs depuis quelques heures, toutes les 10 minutes.

Petite taille 1^m45, mains courtes. Genu valgum assez marqué. Premiers pas à 18 mois. Craniotomie il y a 11 ans.

A l'entrée, H. U. = 28 cent. dos à droite, petite tête mobile ; épaule à 8 × 13. Le col a toute sa longueur, le segment inférieur commence à se constituer, l'orifice externe est dilaté à 4 cent.

Examen du bassin : sacrum plat, plusieurs promontoires, promonto sous-pubien = 10 centim. Les régions cotyloïdiennes sont complètement redressées à gauche, la ligne innommée paraît convexe en dedans ; les pubis sont très rapprochés. l'arc antérieur est à très court rayon.

Diamètre antéropostérieur = 10 cent. ; transverse maximum = 12,6 ; transverse médian = à peine 10. Oblique droit = 12 c. 2 ; oblique gauche = 12 c. 7. Le rétrécissement porte surtout sur le transverse médian : c'est donc un bassin *transversalement rétréci*.

Dans la nuit, douleurs très fortes calmées par le chloral.

A une heure après midi, douleurs toutes les 5 minutes ; le col a diminué de longueur ; dilaté à 2 cent., il s'infiltré légèrement. La sagittale est transversale, la tête très fléchie.

A 4 h. 30, douleurs très fortes ; durent 40 secondes avec des intervalles de 3 minutes. Dilatation = 5 cent.

A 5 h. 30, les contractions donnent depuis 26 h. ; la dilatation est restée à 5 cent., la tête est toujours mobile ; bosse séro-sanguine volumineuse.

Devant l'arrêt du travail, étant donnés la forme du bassin et l'état de multiparité de la malade, M. Fabre se décide à pratiquer une pubiotomie. L'opération dure 13 min. Hémorragie moyenne.

La malade se réveille et, 40 minutes après, accouche spontanément d'un enfant de 2380 gr.

Délivrance spontanée 2 h. 45 après l'accouchement.

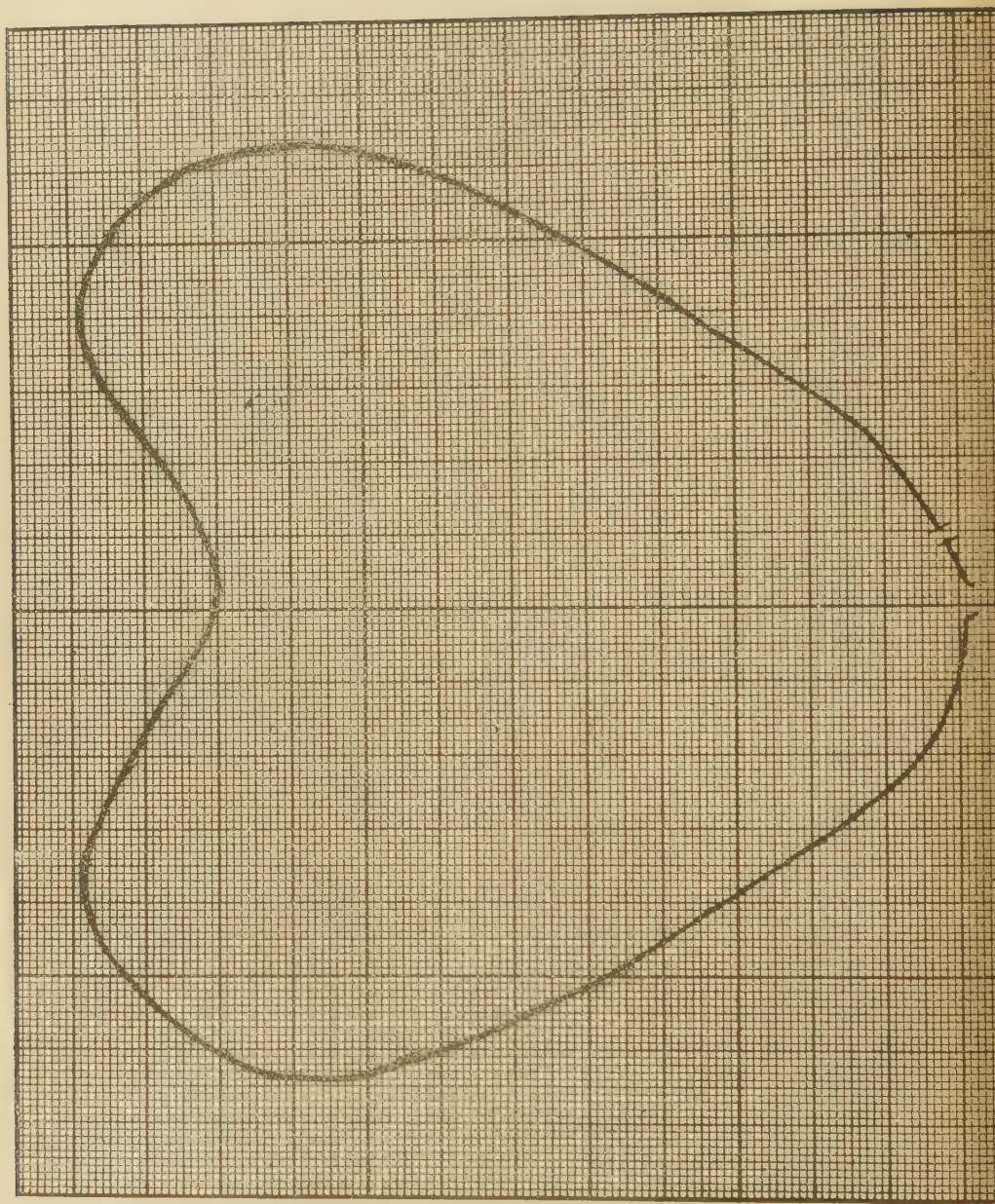


Fig. 1. — Radiogramme du bassin transversalement rétréci.

Suites opératoires très simples : la température rectale maxima = 37° 8 le deuxième jour ; au 12^e jour, la malade ne souffrait plus pendant les mouvements exécutés dans son lit ; au 26^e jour, elle se levait et marchait sans douleur ; au 30^e jour, elle quittait l'hôpital, nourrissant au sein un enfant de 3380 grammes.

En novembre 1912, plus de cinq ans après l'opération, nous revoyons la malade à son domicile, dans l'Isère. Elle a quitté son mari et n'a pas eu de nouvelle grossesse.

A la mensuration, nous constatons que l'épine iliaque antéro-supérieure gauche (côté sectionné) est à 16 centimètres 1/2 de la symphyse, alors qu'à droite (côté intact) l'intervalle entre ces deux repères n'est que de 14 centimètres. En outre, au toucher on sent, au niveau de la cicatrice osseuse, un cal, à surface légèrement inégale, mais nullement exubérant. L'appréciation du rayon de courbure de l'arc antérieur est assez difficile ; il semble cependant qu'il soit plus court à droite qu'à gauche. Le bassin s'est donc agrandi ; il est devenu asymétrique, et il eut été très intéressant de voir comment un nouveau mobile foetal aurait franchi un détroit supérieur ainsi modifié.

Jamais la malade n'a ressenti de troubles de la marche ni de la station debout. Jamais elle n'a constaté de chevauchement des deux fragments pubiens ; et elle a pu vaquer à ses occupations aussi facilement après sa pubiotomie qu'avant.

En 1908, un an après l'intervention, elle nous dit avoir fait une chute sur la hanche gauche du haut d'un marche-pied ; même à ce moment, elle n'éprouva

pas la moindre disjonction douloureuse au niveau de son cal. Il semble donc que ce dernier était déjà ossifié et avait perdu le caractère fibreux et « vibrant » que van de Velde dit avoir si souvent constaté dans les premiers temps, chez les pubiotomisées.

L'enfant a vécu et c'est actuellement une fillette de 5 ans, bien développée et en pleine santé.

Comme nous le verrons en étudiant les indications du Gigli, le bassin en question était, il est vrai, particulièrement favorable à une pubiotomie. Cette dernière est spécialement indiquée dans les bassins transversalement rétrécis; Bureau, dans son étude sur les bassins à diamètres antéro-postérieurs prédominants, a attiré l'attention sur ce point.

Notons, en outre, que la malade était pluripare et que l'on a attendu l'expulsion spontanée de l'enfant par les forces naturelles.

OBSERVATION II

(*Bullet. Soc. Obst. de Lyon*, 1909, p. 218).

Marie J..., 33 ans, ménagère (obs. 381, 1909) VII pare, entre à la Clinique le 11 janvier 1909.

Antécédents. — Elevée en nourrice, ignore la date de ses premiers pas. Réglée à 11 ans, régulièrement.

Six mois après son mariage, céphalées très violentes et perte de cheveux abondante.

1^{re} grossesse en 1897. — Accouchement laborieux à terme d'un enfant de sept livres qui mourut à l'âge de trois semaines de bronchite grippale.

2^e grossesse en 1898. — Accouchement à 8 mois d'un enfant mort une heure après.

3^e grossesse. — Accouchement à 7 mois d'un macéré. La ma-

lade consulte un médecin qui lui conseille un traitement spécifique pour la grossesse suivante.

4^e grossesse. — Accouchement pénible en 1900 d'un enfant à terme resté infirme.

5^e grossesse en 1902. — Accouchement à terme d'un petit enfant (2600 gr.)

6^e grossesse en 1907. — Gros œuf, hydramnios. On la met au traitement spécifique. L'accouchement eut lieu le 10 août 1907. Après 15 heures de douleurs expulsives fortes, mais inefficaces, on fit un forceps en O I D T. Enfant vivant.

7^e grossesse (actuelle). — D R du 23 au 27 mai 1908. Accouchement probable le 1^{er} mars 1909.

Le 11 février 1908, H. U. = 30 cent. ; tête petite, mobile, dos à gauche, B C normaux ; beaucoup de liquide.

Femme petite. — Parenthèse fémorale assez accentuée. — Promontoire très élevé, atteignible à 10 cent. Sacrum fortement courbé ; il existe un bourrelet rétro-symphysien.

L'arc antérieur est à grande courbure ; bassin aplati.

Le 3 mars. — H U = 32 cent. Présentation du siège, version par manœuvres externes

Le 26 mars. — H U = 40 cent., tête très mobile au-dessus du détroit supérieur ; beaucoup de liquide.

Le 29 mars — La malade est examinée au point de vue d'un accouchement prématuré. M. le profess. Fabre décide d'attendre, étant donnés la multiparité et le fait qu'un enfant de 3970 gram. est venu vivant par un forceps.

Accouchement. — Les membranes se rompent le 14 avril, à 2 h. 1/2 du soir.

Le 15 avril, à 10 h. du matin, à l'examen : H U = 43 cent., tête très mobile, dos à gauche. Au toucher, col dilaté à 3 cent. ; les bords sont épais.

La tête est très élevée, assez fléchie, en asynclitisme ; le pariétal antérieur se présente, la sagittale est à 1 cent. du promontoire. Les douleurs sont irrégulières.

15 avril, à 7 h. du soir, douleurs vives, col épais, dilaté à 4 c. La sagittale est en O I G A, à 2 cent. du promontoire.

15 avril, à 11 h. 1/2 du soir, la situation n'a pas changé.

B C réguliers à 120. Pas de douleurs expulsives.

Intervention. — Devant cette disproportion évidente de la tête et du bassin, vu la régularité des bruits du cœur fœtal, vu le désir exprimé par la malade d'avoir un enfant vivant et non estropié, vu la souplesse relative du col et des parties molles, vu la prolongation du travail et le début de surmenage obstétrical, on décide

l'opération de Gigli. M. Trillat commence à minuit 10 et termine sans incident à minuit 30.

A 2 h. 20, le col est complètement dilaté, mais la malade, épuisée, ne fait aucun effort d'expulsion.

Forceps difficile ; pendant les tractions, l'écartement est de 5 c. (3 travers de doigt). — L'extraction dure 15 min. Aucune lésion des parties molles.

Délivrance spontanée une heure après. Placenta = 380 gram. *L'enfant*, né en état de mort apparente, crie 30 m. après. C'est un gros garçon du poids de 4430 gr.

Suites opératoires. — Très bonnes. Miction spontanée quatre heures après la terminaison de l'accouchement. — Pas d'élévation de température.

19 avril. — Au toucher, la section osseuse présente un intervalle de 1 cent. 5 quand il n'y a pas de ceinture. La ceinture étant placée, cet intervalle est de 9 à 10 mill. seulement. Les douleurs sont donc causées par le rapprochement des surfaces osseuses. La ceinture est relâchée légèrement ; la jambe gauche mobilisée sans peine.

28 avril. — Les douleurs de la cuisse ont presque disparu. Depuis cinq jours, la malade peut se soulever d'elle-même ; elle peut bouger les deux jambes et fléchir les deux cuisses sans douleur.

Au toucher, il n'y a pas d'écartement perceptible. Rien n'est douloureux en arrière.

18 mai. — Depuis six jours, la malade sort de la salle.

21 mai. — La malade sort du service pouvant aller et venir sans peine. Elle n'a eu qu'une seule fois 38°. C'est une bonne nourrice ; son enfant va très bien et pèse 5240 gr.

La *radiographie* a montré qu'il s'agissait d'un bassin aplati et que la section du pubis avait porté à 1 cent. 1/2 la symphyse. L'écartement qui persiste est de 1/2 cent. environ.

En octobre 1912, plus de trois ans après l'intervention, nous retrouvons l'opérée à Belley (Ain).

Elle se déclare enchantée des suites de son opération et nous dit toute son admiration pour un procédé qui l'aida à mettre au monde un enfant gros et fort, après cinq autres grossesses malheureuses.

A proprement parler, il n'y a pas eu de suite : ni gêne de la station debout, ni incontinence d'urine, ni troubles de la démarche, ni accident d'aucune sorte.

A la mensuration, nous trouvons les deux épines iliaques antéro-supérieures à peu près à égale distance de la symphyse pubienne. Au toucher, le cal est imperceptible, l'os paraît s'être complètement reformé. Le bassin ne semble pas agrandi comme le précédent : le demi-centimètre d'agrandissement accusé par l'examen radiographique n'est pas appréciable à l'examen objectif.

Les particularités intéressantes de cette observation sont l'absence d'hémorragie notable pendant la section osseuse, l'absence de toute lésion des parties molles, la consolidation rapide et durable.

Nous reviendrons sur l'attente prolongée avant l'intervention au forceps : cette pratique permet souvent à l'accouchement spontané de se produire, et toujours à la dilatation du col de se compléter.

Toutefois, — un cas ultérieur (obs. III) l'a démontré, — l'expectation exagérée, une fois le col dilaté, est une pratique dangereuse.

OBSERVATION III

(*Bull. Soc. Obst. de Lyon*, 1910, p. 462.)

Catherine G..., 32 ans, ménagère (obs. 1161, 1909), IIpare, entre le 28 décembre 1909, envoyée par un médecin de la ville avec le diagnostic suivant : « dystocie, hydramnios, rupture de la poche des eaux le 28 décembre, à 6 h. du matin ; écoulement d'environ 3 litres 1/2 d'eau. Douleurs irrégulières ; présentation de la tête au-dessus du détroit supérieur. Dilatation à 5 francs, légère hémorragie. »

Antécédents. — Nourrie au sein par sa mère. Premiers pas à 12 mois. Aucune maladie de l'enfance ni de l'adolescence.

1^{re} grossesse en 1903, normale, accouchement spontané à terme d'un enfant qui se porte bien actuellement.

La grossesse actuelle a débuté en mars 1909. Les dernières règles remontent au 12 mars. La grossesse a été bien supportée. Premières douleurs le 24 décembre au matin. Douleurs irrégulières, peu fortes, se prolongeant les jours suivants. Un médecin appelé le 28 décembre, c'est-à-dire 4 jours après le début du travail, rompt les membranes à 6 h. du matin. La tête ne s'engage pas, les douleurs sont toujours faibles et le travail ne progresse pas. La malade est envoyée à la Clinique avec le mot qu'on a lu plus haut.

Examen le 29 décembre 1910, à 9 h. du matin. — Femme très obèse ; nombreuses lésions d'intertrigo au niveau des plis articulaires.

Contractions irrégulières, courtes, faibles. Douleurs rares. H U = 38. — C O = 129. Au palper, on sent une tête volumineuse peu amorcée. Bruits du cœur très haut et à droite.

La pelvimétrie externe donne : biépineux = 25 ; bierête = 27 ; bitrochantérien = 35,5.

Toucher. — Gros bourrelet rétrosymphysien, symphyse très élevée et très inclinée sur le détroit supérieur ; tête mobile au-dessus du détroit, fléchie. Petite fontanelle à droite ; légère bosse séro-sanguine. Promontoire élevé.

P S P = 11,8. — Col dilaté à 5 cent. mince, œdématié.

29 décembre, 4 h. 15 soir. — Douleurs toujours irrégulières. Tête à peine amorcée. Cœur fœtal = 136. — Pouls maternel = 107. — Température = 37, 7. Pas de signe de surmenage.

Toucher. — Col ouvert transversalement sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Il est mince sur les parties latérales, œdématié en avant. La bosse séro-sanguine a augmenté. On constate une présentation du front ; la grande fontanelle est au centre de l'excavation ; on atteint les orbites. La tête est en naso-gauche postérieure.

4 h. 55, Intervention : pubiotomie par M. Fabre. A duré 20 m., elle est terminée à 5 h. 15.

La malade est reportée dans son lit ; on la laisse se réveiller.

6 h. 10. — Dix minutes environ après l'intervention, la malade se réveille complètement. Douleurs expulsives énergiques. Au toucher, la tête est descendue dans l'excavation, *le col est complètement dilaté.*

6 h. 50. — On a laissé pousser la malade pendant toute cette période ; les bruits du cœur fœtal se ralentissent depuis quelques minutes. Ils battent à 88. On décide une application de *forceps*.

Prise symétrique en N I G A. — Au dégagement, l'enfant mord la symphyse pubienne. L'enfant ne fait aucun mouvement, il est très cyanosé. C'est un garçon vigoureux de 3800 gr. Il présente une rétropulsion très nette du maxillaire inférieur. Bosse séro-sanguine sur le front. Après 3/4 d'heure de soins, l'enfant est ramimé ; mais ce n'est qu'à 8 heures qu'il pousse un cri faible. La respiration est rendue difficile, en raison des mucosités qui obstruent les bronches.

7 h. 40. — Délivrance naturelle sans incident.

30 décembre 1909. — Température de l'enfant = 38°2. Dans la nuit du 30 décembre, à 4 heures du matin, l'enfant succombe au milieu de crises convulsives.

La mère a 39° ; pouls 120 ce matin. Le soir, T. = 38°8. Pouls = 110.

31 décembre 1909. — La nuit a été assez bonne. Piqûres de morphine. Purgation à 3 heures du matin. Pas de selles. Journée relativement bonne. Pas de vomissement.

A 9 h. du matin, après trois lavements ordinaires, quelques matières dures sont expulsées. On donne trois lavements purgatifs avec la grande sonde rectale. Aucun résultat. La malade ne sent cependant aucun trouble fonctionnel ; elle voudrait se lever.

Le ventre se ballonne. Délire. Pouls très rapide. Les signes d'occlusion intestinale s'accroissent. La malade meurt à 3 h. du matin, avec 40°5.

AUTOPSIE. — Le 2 janvier à 9 h. du matin, 32 heures après la mort : distension abdominale considérable. C O = 120 cent. On ne note aucune suppuration des fils de l'incision cutanée.

A l'ouverture du péritoine, distension énorme des anses intestinales. Aucun liquide péritonéal. Aucune adhérence péritonéale.

La distension porte sur tout l'intestin grêle et sur la plus grande partie du gros intestin. Au niveau de l'angle gauche, elle cesse brusquement. Le côlon descendant et le côlon ilio-pelvien sont de petit volume. Pour les apercevoir, on doit relever fortement à droite l'intestin grêle distendu et soulever le côlon transverse en haut.

Les autres organes sont sains. Rien aux poumons. Rien au cœur.

Les résultats de cette observation furent évidemment désastreux. Mais doit-on incriminer l'intervention elle-même ou le manuel opératoire suivi ?

La recherche des causes des deux décès peut seule nous éclairer.

a) *L'enfant* n'avait pas souffert avant la pubiotomie. L'expectation que l'on observe entre cette intervention et l'application de forceps, semble seule lui avoir été funeste, et il aurait sans doute mieux valu intervenir de suite après la section osseuse. Malheureusement, une telle conduite était impossible à ce moment, car le col ne fut à dilatation complète que 55 minutes après. — L'expectation dans la demi-heure qui suivit est seule à critiquer, car c'est alors seulement que l'enfant s'est mis à souffrir.

b) *Du côté de la mère*, morte le troisième jour d'occlusion intestinale, par coudure de l'angle gauche du côlon, la pubiotomie ne peut être mise en cause. Et tout d'abord, elle n'était pas contre-indiquée : la parturiente étant secondipare et sans température à son arrivée (37°,5). En outre, s'il y a eu septicémie, il est certain que la porte d'entrée de l'infection ne fut pas la plaie opératoire, — jamais celle-ci ne suppura, — mais plutôt le canal génital : la malade avait, en effet, subi en ville nombre de touchers et de manœuvres ; sa poche des eaux était rompue depuis 36 heures, et les soins aseptiques avaient beaucoup laissé à désirer.

OBSERVATION IV.

(*Bull. Soc. Obst. de Lyon* - 1910 - pag. 61).

G... Louise, 35 ans, couturière (obs. 29-1910). Secondipare, entre

à la clinique d'accouchement le 11 janvier 1910, à 7 heures 15 du soir.

Antécédents familiaux : Père, mère, frère, morts tuberculeux. Deux sœurs vivantes.

Antécédents personnels : Premiers pas à 15 mois. A 2 ans, séjour de 6 mois à la Charité, pour fracture de la colonne vertébrale (?). Appareil plâtré; Sortie mal guérie, voûtée, pouvant marcher sans douleur.

Entre 5 et 16 ans, nombreux abcès froids à sièges multiples.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement jusqu'à 18 ans.

Rhumatisme articulaire aux 2 mains : doigts restés ankylosés.

1^{re} grossesse en 1900. — Craniotomie après forceps infructueux.

2^e grossesse (actuelle). — D. R. du 10 au 13 avril 1909. — Acct probable : le 19 janvier 1910. Début des douleurs le 11 janvier 1910 à 4 h. du soir. — Entrée à 7 h. 35. — Au 1^{er} examen : col dilaté à 5 cent., antéverson très prononcée. — Douleurs toutes les 3 min. Personne ne peut percevoir les bruits du cœur.

A 8 h. 20, M. Trilat constate : HU=35.



Fig. 2. — Cyphose dorso-lombaire.

L'utérus est tout entier hors de la paroi. Impossible de repérer la présentation et la position par le palper.

On arrive très difficilement à percevoir les B C en appliquant l'oreille directement contre la paroi antérieure de l'abdomen fortement relevé en haut. Ils sont lointains, mais réguliers à 140.

Au toucher : col dilaté. Tête en G T. Bosse séro sanguine énorme.

La tête fœtale butte nettement contre le coccyx dont la pointe fait une saillie très marquée et résistante. En refoulant la tête,

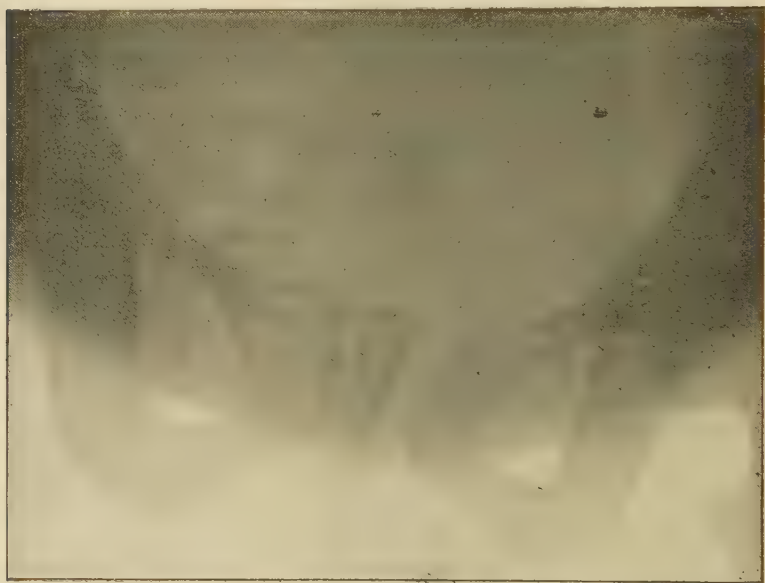


Fig. 3. — Radiographie de l'arc antérieur après la pubiotomie.
Ecartement permanent de 2 centimètres.

on se rend compte que le promontoire est très élevé et que le sacrum est fortement coudé et concave en avant : Bassin cyphotique ; biischiatique = 6,5.

A 9 h. 45 du soir, devant l'inefficacité des douleurs expulsives, les douleurs subintrantes de l'utérus, la persistance des B C à 140, M. Fabre pratique la pubiotomie.

Intervention. — 5 coups de scie suffisent. — Hémorragie très peu abondante. Ecartement = 3 cent.

Deux minutes après la suture la tête apparaît à la vulve.

A 10 h. — On aide le dégagement par des manœuvres d'expulsion combinées avec le redressement de l'antéversion utérine.

L'enfant est un garçon vigoureux de 3200 gr., il crie aussitôt.

Délivrance naturelle 45 min. après l'accouchement.

12 janvier. — Etat général excellent. — T = 37°3. — P = 108. Aucune douleur.

14 janvier. — Mouvements libres, non douloureux. Pas de température.

21 janvier. — La section osseuse n'est pas décelable au toucher, on ne réveille de douleurs en aucun point ; aucun col exubérant.

30 janvier. — Radiographie (fig. 3), après 1^{er} lever. — Ecartement persistant de 2 centimètres, maintenant l'agrandissement du bassin.

12 février. — La mère quitte le service. Elle nourrit son enfant de 3980 gr.

Fin juin 1912, nous revoyons la malade deux ans et demie après son opération. Elle est littéralement couverte de cicatrices de suppurations froides.

Au toucher, on n'arrive pas à distinguer le cal dans le pourtour de la ceinture pelvienne, mais on a l'impression très nette que l'arc antérieur est devenu irrégulier et par conséquent agrandi du côté pubiotomisé. La mensuration externe accuse bien un éloignement plus grand à gauche qu'à droite entre la symphyse et l'épine iliaque antéro-supérieure, mais on ne peut guère s'appuyer sur cette donnée, car les déformations du bassin étaient déjà très accentuées antérieurement à l'opération.

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'agrandissement de 2 cent., constaté sur la malade par la radiographie, en 1910, à sa sortie de la Clinique, a persisté. Il s'agit bien d'un cal osseux, définitivement consolidé, et non d'un cal fibreux à tendance rétractile, comme ceux que signale Baumm.

La malade nous confie ses regrets de ne pas être redevenue enceinte, tant elle craint peu de se soumettre une seconde fois à une opération qui l'a rendue mère d'un enfant vivant.

On nous produit ce dernier : il n'a pas une constitution bien brillante ; c'est un type de tempérament strumeux.

Nous constatons, en outre, que l'aplatissement du pariétal gauche, dû à la pression prolongée sur le coccyx, n'a pas encore disparu deux ans après l'accouchement ; il s'accompagne, d'ailleurs, d'une asymétrie faciale très nette. — C'est là une preuve de l'intensité avec laquelle la tête fœtale était comprimée pendant le travail contre les saillies osseuses du détroit inférieur. Il est évident qu'un forceps n'aurait fait qu'exagérer ces déformations déjà si accentuées et qu'un avantage marqué de cette pubiotomie fut d'avoir hâté la décompression du petit crâne en faisant porte ouverte devant lui.

Faisons remarquer la rapidité de la reconsolidation osseuse chez cette malade présentant des traces multiples d'abcès froids anciens. Comme on l'a vu dans la lecture de l'observation, à côté de son mal de Pott dorso-lombaire, cette malade a souffert pendant dix ans de suppurations osseuses multiples au niveau des membres supérieurs et inférieurs, du thorax et du bassin. Les articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques étaient heureusement saines.

C'était évidemment un peu risqué d'entreprendre une section osseuse sur un tel terrain, surtout après que Fochier avait rejeté la symphyséotomie et par-

tant la pubiotomie chez les cyphotiques d'origine pottique, en raison d'un réveil possible de lésions tuberculeuses au niveau des articulations du bassin. Heureusement, la façon absolument normale dont la consolidation s'est opérée, a donné raison à l'opérateur. D'ailleurs, comme M. Commandeur l'a fait observer à propos de ce même cas, la section pubienne est une opération si satisfaisante dans le bassin cyphotique qu'il ne faut pas trop vouloir faire des lésions possibles des articulations sacro-iliaques une contre-indication.

En présentant cette observation à la réunion obstétricale de Lyon, M. Trillat attirera l'attention sur un autre point : la grande difficulté de l'auscultation. Il semblerait que l'éventration considérable et le ventre pendant dut rendre plus facile l'exploration du fœtus et la perception des bruits du cœur. C'est l'inverse qui s'est produit. L'engagement de la tête profondément descendue explique vraisemblablement les difficultés que l'on a rencontrées. L'épaule antérieure, siège du maximum des bruits du cœur, se trouvait au voisinage du pubis, dans une région difficilement accessible au stéthoscope, par suite de l'antéversion considérable de l'utérus. « On comprend, ajoutait M. Trillat, l'importance de cette recherche dans le cas particulier, puisque c'était de la perception ou de la non-perception de ces bruits que dépendait la décision opératoire. »

OBSERVATION V.

(Bull. Soc. Obst. de Lyon, 1910, pag. 191)

L. G..., cultivatrice (obs. 187, 1910). Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Elle a fait ses premiers pas à 17 mois. — Fièvre typhoïde à 8 ans. — Réglée à 11 ans, jamais régulièrement. IIIpare.

1^{re} grossesse en 1904. — Terminée par une fausse couche de 2 mois.

2^e grossesse en 1906. — Forceps pénible ; enfant mort.

3^e grossesse (actuelle). — Remonte au 16 juin 1909. — La malade vint à Lyon consulter le Pr. Fabre, le 2 février 1910, enceinte de 7 mois 1/2.

A l'examen. — Femme grasse, jambes courtes légèrement arquées, os épais. H U = 36 cent. ; ventre tendu. Il y a beaucoup de liquide amniotique, le fœtus est petit et ballotte.

Au toucher : Déchirure du périnée, le col présente deux déchirures à droite et à gauche. Présentation inattingible. Promontoire très élevé, saillant. P.S.P = 10,2 Sacrum plat. Symphyse élevée ; bourrelet rétro-symphysien très marqué.

Sur le bord supérieur de la symphyse, au niveau de la ligne médiane, on constate une saillie osseuse, basse, arrondie, du volume d'une noix.

On décide de pratiquer l'accouchement prématuré à 8 mois.

21 février 1910. — Un nouvel examen montre que l'enfant est en présentation du siège, dos à droite. Version par manœuvres externes. le fœtus est maintenu par une ceinture abdominale.

22 février. — La version a bien réussi, la tête est très élevée, au-dessus du détroit supérieur. H U=34. — Bruits du cœur : réguliers, bien perçus.

A 10 h. du matin, introduction d'une bougie de Krause.

L'orifice externe du col est dilaté ; l'orifice interne perméable à un doigt. Les membranes sont épaisses, comme si on était au bord du placenta. On éprouve une certaine peine pour décoller les membranes, lors de l'introduction de la bougie.

23 février. — La malade n'a pas perdu de sang. La poche des eaux n'est pas rompue. Vers 2 heures du soir, quelques douleurs courtes et légères. Tête toujours élevée B C à gauche et en arrière. T = hier soir 36°9, et ce matin 37°2.

24 février. — 2^e bougie de Krause à 9 h. 50. Les douleurs ont complètement cessé.

A 3 h. 15, rupture spontanée de la poche des eaux : B C bien frappés.

25 février. — A 7 h. du matin, tête très haute ; col dilaté à 2 cent ; douleurs régulières et fortes.

A 5 h. du soir, la dilatation a peu progressé ; le tête appuie sur le segment inférieur ; les douleurs reviennent toutes les 3 min. et durent 30 secondes.

A 7 h. 15 du soir, la dilatation a légèrement progressé ; B C à 132.

26 février. — A 6 h. 45 du matin, le col est dilaté transversalement. Bosse séro-sanguine très marquée. Tête butte contre l'exostose, on sent sur l'os une dépression très nette à ce niveau. B C à 132, à droite et en avant.

A 9 h. 30. — Opération de Gigli, par le Pr Fabre, suivant sa technique habituelle, hémorragie moyenne.

A 11 h. 23, la malade a envie de pousser. La tête est au contact du rétrécissement. L'enfant ne souffre pas (B C à 136). L'écartement est de 2 cent. 5.

A midi 15, application de *forceps* sous anesthésie. Prise mastoïdo-frontale, traction moyenne. L'enfant est extrait sans difficulté, il pèse 2750 gr. Délivrance spontanée à 1 h. 55.

Suites opératoires. — Remarquablement simples. — La malade n'a pas souffert et s'est seulement plaint de lourdeur dans la jambe droite.

5 mars 1910. — L'opération date de 9 jours. Les fils sont enlevés, aucune suppuration. Les mouvements des membres inférieurs s'exécutent bien, la flexion des cuisses est possible sans douleur.

14 mars. — 1^{er} lever (18^e jour). — Aucune douleur à la section osseuse, ni au niveau des articulations sacro-iliaques.

26 mars. — La malade quitte le service en bon état. L'enfant bien portant pèse 3750 gr.

La radiographie métrique du bassin, montre qu'il persiste un écartement interpubien de 5 millimètres environ.

En somme, résultat parfait, sans la moindre complication. Ni la mère, ni l'enfant ne se sont ressentis de la multiplicité des interventions successives : version par manœuvres externes, accouchement prématuré, pubiotomie, expression abdominale, forceps.

Nous avons revu la malade en novembre 1912. Jamais elle n'a ressenti ni gêne, ni douleurs, ni troubles de la marche. Sitôt sa convalescence terminée, elle a repris les travaux des champs comme par le passé.

Au toucher et à la mensuration, on ne constate pas d'agrandissement notable de la cavité pelvienne ; le col n'est ni douloureux, ni exubérant. La malade se déclare enchantée de l'opération qu'elle a subie et elle nous confie qu'une nouvelle grossesse ne l'effrayerait pas, toute prête qu'elle est à subir une seconde pubiotomie, dont les bons résultats ne font pour elle aucun doute.

OBSERVATION VI.

(*Bull. Soc. Obst. de Paris et Lyon*, Avril 1910).

B... Franceline, femme B..., 34 ans (obs. 272, 1910), cultivatrice, IVpare. — Nourrie au sein, premiers pas à 9 mois ; mais quelque temps après, elle dut s'aliter et n'a pu reprendre la marche qu'à l'âge de 5 ou 6 ans.

Réglée à l'âge de 18 ans ; règles irrégulières, abondantes, non douloureuses.

1^{re} grossesse en 1900. — L'enfant est extrait mort à terme par le forceps.

2^e grossesse en 1902. — Forceps ; l'enfant petit, chétif, vit actuellement.

3^e grossesse en 1907. — Terminée par une craniotomie.

4^e grossesse. — Dernières règles du 2 au 5 juin 1909.

M. Fabre constate le 27 janvier 1910 : P. S. P = 10,2. Bassin aplati, un peu généralement rétréci.

Malade de petite taille. Tibias et fémur rachitiques.

Le 2 mars 1910, la grossesse en est au 8^e mois. — H U = 29. Vu le faible développement de l'enfant, on décide de laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme. La malade qui désire un enfant

vivant, accepte sans difficulté l'opération chirurgicale qui sera le mieux appropriée.

25 mars 1910. — Premières douleurs vives, régulières, à 10 h. du soir.

26 mars. — A 7 h. du matin, col souple dilaté à 2 cent.

27 mars. — 10 h. du matin. Douleurs augmentent d'intensité. Dilatation à 5 cent. Poche des eaux tendue. Tête mobile en OI DP avec légère inclinaison du pariétal antérieur.

6 h. du soir. — Douleurs devenant expulsives. Dilatation = 7 à 8 cent.

6 h. 30. — Devant l'arrêt des douleurs et l'affaiblissement des bruits du cœur fœtal, on rompt la poche des eaux.

Le liquide amniotique s'écoule épais, boueux, fortement teinté de méconium.

7 h. 1/4. — Devant les signes manifestes et de plus en plus accentués de souffrance de l'enfant, la diminution des douleurs, la mobilité de la tête, M. Trillat juge dangereux de temporiser davantage et se décide à la pubiotomie.

Intervention. — Elle est pratiquée suivant le procédé du Pr Fabre et dure 15 minutes. La section osseuse s'accompagne d'une hémorragie veineuse assez abondante que le tamponnement fait vite disparaître.

8 h. 15. — Les douleurs sont devenues lentes, et comme les bruits du cœur fœtal sont toujours instables, et que, le col étant dilaté, de légères manœuvres d'expression demeurent sans résultats, M. Trillat fait une application de forceps, sous seconde anesthésie. Prise en mastoïdo-frontale et après une seule traction, extraction facile d'un enfant de 2950 gr.

L'enfant naît en état de mort apparente, avec quelques battements cardiaques. Il respire au bout de 5 min. et crie au bout de 15 min.

L'écartement interpubien n'a pas dépassé 5 cent.

8 h. 30. — Délivrance par refoulement, vu l'inertie utérine. Perte de sang = 150 gr. ; comme on évalue à 200 gr. la perte de sang occasionnée par la section osseuse, on injecte sous les 2 seins 700 gr. de sérum artificiel.

Suites opératoires. — 28 mars. — T = 37,9. Bon état général. Pas d'incontinence d'urine. Suintement sérohématique peu abondant par le drain vulvaire.

4 avril. — La température reste subfébrile avec une seule montée à 39°. La malade peut se mouvoir dans son lit en s'aidant avec les mains. Les mouvements spontanés de la jambe gauche sont encore difficiles. La jambe droite par contre peut être déta-

chée du plan du lit. Les fonctions urinaires et intestinales s'accomplissent normalement.

Les lochies sont normales et n'ont pas d'odeur.

Ablation des fils ; pas de suppuration de la plaie ; léger état inflammatoire au niveau des orifices de pénétration. Pas de douleur profonde à la pression.

L'enfant va bien et tète le sein de sa mère avec vigueur.

6 avril. — $T = 37^{\circ}6$ avec 92 au pouls. Une purgation a amené hier douze selles abondantes. Ablation du drain vulvaire.

Au toucher : les culs-de-sacs sont souples, le col a repris ses formes, l'exploration de l'arc antérieur n'est pas douloureuse, en aucun point on ne sent d'écartement osseux.

La malade va bien, elle peut s'asseoir sans peine sur son lit, elle n'éprouve aucune douleur et peut mouvoir la jambe gauche sans difficulté.

8 avril. — Température descendante depuis 2 jours. Plaie pubienne cicatrisée. Par le palper et le toucher combinés, on sent un léger hématome du volume d'un œuf de pigeon, ni douloureux, ni infecté.

L'utérus est, par contre, encore volumineux, légèrement sensible.

Le col est entr'ouvert ; le doigt y pénètre sans peine et amène l'écoulement de lochies noirâtres, abondantes. On pratique de suite, sous anesthésie, une exploration digitale, suivie de curage et de lavage iodé. Des débris placentaires du volume d'une noix sont ainsi extraits.

11 avril. — L'utérus a diminué de volume. La T s'est élevée jusqu'à 40° le lendemain de l'exploration, mais l'état général n'a pas été inquiétant. Les lochies sont moins abondantes. Douleurs dans le mollet droit depuis hier.

16 avril. — Depuis 3 jours, $T = 37^{\circ}-38^{\circ}$. Pouls = 90.

La jambe droite est toujours douloureuse ; elle présente un œdème léger, surtout au niveau de la partie supérieure de la cuisse, et une douleur à la pression dans la région du mollet. On trouve du choc rotulien et un peu d'œdème périmalléolaire. Les mouvements de la jambe ne sont pas douloureux. La plaie sus pubienne est toujours en très bon état. La malade s'assied facilement sur son lit.

26 avril. — Premier lever aujourd'hui, exactement 29 jours après l'opération. Les mouvements ne sont pas douloureux. Marche sans appui.

30 avril. — La malade quitte le service en bon état. Son enfant, qu'elle nourrit, pèse 3250 gr.

La radiographie métrique faite la veille de sa sortie donne les renseignements suivants : diamètre promonto-pubien = 8 cent. ; transverse max. = 12,4 ; trans. médian = 12.

Il persiste au niveau de la section pubienne un écartement de 5 millimètres.

Le 18 novembre 1912, nous revoyons la femme B... à Millery (Rhône). L'examen de son bassin ne nous révèle rien de bien intéressant ni au palper ni au toucher. Le col est indolore et d'ailleurs insignifiant. On ne constate ni gêne, ni douleur d'aucune sorte. Des pressions exercées au niveau des trochanters ne déterminent aucune mobilité au niveau du cal ; ce dernier semble parfaitement consolidé.

Cette observation vient à l'appui de ce que nous avons dit à propos du cas malheureux rapporté plus haut (obs. III) et montre que, s'il est possible d'obtenir la dilatation complète du col sans faire courir à la mère aucun danger, il suffit pour cela de laisser la malade se réveiller et les contractions utérines réapparaître. — La souffrance du fœtus est la principale contre-indication d'une attente trop prolongée. Ce fut le cas dans la présente observation : l'opérateur, M. Trillat, se rappelant le mauvais résultat obtenu par une temporisation trop prolongée, réalisa après 45 minutes l'extraction du fœtus par le forceps ; cette courte attente avait, en effet, été suffisante pour permettre au col de se dilater complètement.

OBSERVATION VII

(Soc. d'Obstétrique de Lyon, mai 1911).

Marie S..., femme A..., (obs. 236-1911), 30 ans, IIpare. — N'a marché qu'à 20 mois.

1^{re} grossesse en 1909. — Forceps difficile : enfant mort-né.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 17 mai 1910. Rien à signaler.

Examen le 1^{er} février 1911. — Femme de petite taille : 1 m. 35. Lordose légère. Ventre en besace : la tête mobile ballotée dans l'hypocondre droit. Dos et B C à gauche et élevés. H U = 35.3.

Pelvimétrie interne (Prof. Fabre) : bourrelet rétro-symphysien osseux, mauvais arc antérieur. Peu de projection des cotyloïdes. Symphyse très inclinée. Promontoire saillant à 9,8. Courbure nette entre la 3^e et la 4^e pièce sacrée. Indication : opération de Gigli à terme.

Accouchement. — Premières douleurs le 5 mars, à 7 h. du soir, rares, peu intenses et courtes, durant toute la nuit.

Le 6 mars, à 5 h. du matin, elles diminuent encore d'intensité. Tête très mobile au contact du détroit supérieur. H U = 36 cent. B C = 10 X 10, réguliers, à 124. Segment inférieur pas constitué, col dilaté à 3 cent.

A 4 h. du soir, état stationnaire, douleurs assez régulières, mais faibles.

A 6 h. du soir, douleurs moins régulières, tête toujours mobile, poche des eaux très saillante, col dilaté à 4 cent. On reconnaît une O I G A avec pariétal antérieur très incliné et presque au contact du promontoire.

A 9 h. du soir, dilatation à 5 cent., la lèvre postérieure persiste. B C = 124. Aucune indication d'intervention immédiate.

A minuit, écoulement des eaux ; liquide poisseux. Les douleurs reprennent un peu d'intensité.

Le 7 mars, à 7 h. 30 du matin, nouveau toucher : il s'écoule 100 gr. de liquide amniotique teinté de méconium. La présentation n'a pas progressé. Douleurs irrégulières et diminuées. B C ralentis entre 90 et 120.

Intervention (M. Bourret). — Pendant les préparatifs faits à la fois pour un forceps et pour un Gigli, les bruits du cœur se relèvent nettement entre 120 et 128 ; on se décide pour une pubiotomie.

A 8 h. 1/2, l'opération est pratiquée sans accident ni hémor-

ragie importante (60 à 80 gr.). — L'écartement, d'abord de 1 travers de doigt, atteint 4 cent. en 40 min. Après 5 ou 6 douleurs, la malade semble épuisée, mais comme l'enfant ne souffre pas (BC = 120), on attend.

A 11 h., devant l'inertie définitive, on a recours au *forceps*. Prise en mastoïdo-frontal avec le forceps muni de lacs. Les tractions, très prudentes, ne dépassent pas 15 kilos. En surveillant l'écartement pubien, on réalise 4 tractions de 15 kilos, puis une de 20 et enfin 2 de 12 à 15. La tête progresse dans l'excavation et on la dégage facilement après avoir désarticulé le forceps.

L'enfant naît étonné, on le ranime assez aisément et il crie au bout de 10 min., après avoir rejeté de nombreuses mucosités. Il mesure 51 cent. et pèse 2.770 gr. — Chevauchement des sutures très marqué.

L'état général de la malade est bon. T = 37°, 7. Pouls = 100. Elle expulse son délivre avec une perte de sang d'environ 100 gr., 4 h. après l'acc.

Les *suites de l'opération* ont été excellentes. Une seule fois T = 38° (le lendemain). — 1^{er} lever le 16^e jour, sortie le 25^e.

La radiographie du bassin montre nettement un col presque linéaire, incliné légèrement de dehors en dedans : le fragment externe du pubis est un peu plus élevé que l'interne, ce qui amène un peu de chevauchement des bords supérieurs de la cicatrice osseuse.

Le 20 novembre 1912, nous nous rendons dans l'Ardèche, au domicile de la malade ; comme sur les précédentes opérées, nous constatons une parfaite consolidation du bassin ; la situation du cal est facile à repérer, grâce au chevauchement, d'ailleurs insignifiant, des deux fragments. La palpation, à son niveau, ne révèle ni exubérance, ni dépression, ni douleur.

Un léger écartement a persisté entre les fragments, que l'on peut évaluer à 7 ou 8 millimètres. La femme S... a, depuis son rétablissement, vaqué aux soins de son ménage sans jamais ressentir la moindre

gène. Sa démarche est parfaite et elle nous dit toute sa satisfaction de l'opération subie. L'enfant, emporté par la mère le 25^e jour, a été nourri au sein et se porte bien.

Le résultat de cette pubiotomie a donc été complètement satisfaisant. A la lecture de l'observation, une objection vient cependant à l'esprit : Puisqu'on a été amené à combiner deux méthodes de traitement de la dystocie, la section pelvienne et le forceps au détroit supérieur, n'eût-il pas été préférable de poser d'emblée l'indication d'une césarienne ? Non, car si, avant le 8^e mois, M. Fabre s'était décidé à une pubiotomie à terme, c'est qu'il s'agissait d'un enfant qui paraissait petit ; tout le monde sait, d'autre part, combien il est difficile d'établir pendant la grossesse un pronostic d'accouchement ; c'est pour cela qu'à la Clinique, on a de plus en plus tendance à recourir de préférence aux méthodes chirurgicales qui permettent d'attendre, pour intervenir, que la nature ait donné tout ce dont elle est capable et qu'elle ait manifesté son impuissance. A la Maternité de la Charité, M. Commandeur a également adopté la même ligne de conduite et il rapporte avoir observé chez une malade, dont le premier accouchement avait nécessité une basiotripsie et le second un forceps avec enfoncement du frontal, une expulsion spontanée, à la fin de la 3^e grossesse, d'un enfant de 3.700 grammes ; il est évident, dans ce cas, que si l'expulsion spontanée n'avait pu s'effectuer, on eût toujours eu au dernier moment la précieuse ressource de la pubiotomie ; l'expectation était donc doublement justifiée.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

(*Bull. Soc. Obst. de Lyon*, 13 mai 1912).

Claudia R..., obs. 308-1912), 25 ans. Rien à noter dans les antécédents.

Réglée à 13 ans régulièrement.

1^{re} grossesse en 1910. — Craniotomie sur enfant vivant après 13 tractions au forceps, suivie d'une phlébite de 3 mois.

Examen somatique. — Petite taille : 1^m40. Membres inférieurs grêles, incurvation fémorale. Légère incurvation des tibias. Mains courtes et larges ; doigts en boudins.

Examen médical. — Rien au cœur, ni aux poumons. T = 37°. Pouls = 86 bien frappé.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 24 juin. Pas de malaises.

A son entrée, le 26 mars 1912, à 9 h. 1/2 du matin, la malade pousse des cris déchirants, elle est conduite immédiatement à la salle des douleurs où on l'examine.

Au palper, H U = 37 cent. Ventre en antéverson très marquée. On voit se dessiner sur l'utérus, au-dessus du pubis, une encoche très nette exagérée par la réplétion de la vessie, mais qui se prolonge aussi en arrière sur les côtés et qui, par conséquent, est due manifestement à l'ascension de l'anneau de contraction. D'autre part, les douleurs presque subintrantes, à caractère tétanique, arrachent des cris aigus à la malade. C O = 86 cent. B C = 120, à 6 cent. de l'ombilic.

Au toucher, énorme bosse séro-sanguine. Le col est complètement dilaté, on sent une lèvre antérieure déchiquetée et œdématiée.

Tête nettement fixée ; petite fontanelle au centre du bassin. La poche des eaux est rompue depuis minuit.

Bassin aplati généralement rétréci P S P = 10,2.

Devant ces signes d'imminence de rupture utérine, on se décide à pratiquer une pubiotomie.

A 10 h. 55, la malade est anesthésiée, désinfectée et cathétérisée. On pratique, suivant la technique habituelle du Prof. Fabre, une incision verticale de 6 cent., à 2 cent. à gauche de la ligne sous-ombilicale.

L'os est très dur : il faut 60 coups de scie pour le sectionner. L'hémorragie est faible (50 gr.). Le sang qui s'écoule est noir, d'origine osseuse. Introduction facile du drain. Après la section,

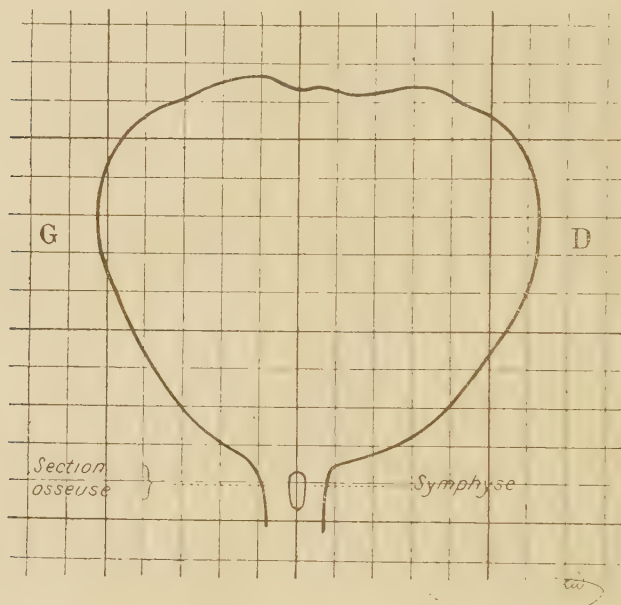
on constate par le toucher vaginal un écartement de 1 cent. $1\frac{1}{2}$.

Les sutures de la plaie cutanée sont faites au crin.

A 11 h. 45, les B C sont bien frappés.

A 11 h. 46, on constate que pendant la suture cutanée la tête est descendue spontanément sur le plancher périnéal.

L'utérus est dur au palper, la malade, profondément endormie, ne pousse pas. On fait un peu d'expression utérine. On prévoit que le dégagement sera terminé avant que la suture ne soit complètement réalisée.



A 11 h. 47, la vulve est largement entrebâillée, l'anus est dilaté avec procidence d'hémorroïdes. La tête apparaît sur la largeur d'une paume de main. Le périnée postérieur bombe.

A 11 h. 50, contraction utérine. Le pansement est terminé, la tête reste stationnaire. B C bien frappés, mais un peu rapides.

A 11 h. 52, légère expression utérine : la tête progresse ; la malade pousse un peu.

A 11 h. 53, on constate une G T. Il s'écoule par le vagin environ 50 gr. de sang. Nouvelle expression ; la rotation s'effectue alors en G A.

A 11 h. 55, le dégagement se fait sans incident.

A 11 h. 56, naissance d'un enfant légèrement cyanosé, qui crie au bout de 2 minutes.

Par le toucher vaginal, on constate un écartement osseux de 3 cent. Les parties molles vaginales et périnéales ne présentent aucune lésion.

L'enfant présente un chevauchement des 2 pariétaux sur le frontal et du pariétal gauche sur l'occipital. Il pèse 3.290 grammes.

La délivrance s'effectue sans incident.

Les suites opératoires furent assez simples. Cependant, la malade eut des lochies très fétides et conserva une température de 38°, le soir, pendant une vingtaine de jours. Elle eut des douleurs de la jambe droite, c'est-à-dire du côté opposé à l'intervention.

Elle sortit en parfait état, exactement 1 mois après son opération.

A ce moment, le toucher montre que la réunion au niveau du col est parfaite, sans sillon, sans douleur à la pression. Pas d'empatement des culs-de-sac, les régions sacro-iliaques ne sont pas douloureuses.

Les mouvements du membre inférieur gauche ne sont pas douloureux. Les petits mouvements d'oscillation du membre inférieur droit sont douloureux, l'abduction surtout; la flexion à angle droit et l'extension se font sans douleur. Pas de tuméfaction dans le triangle de Scarpa, mais on perçoit un tendon contracturé à la face interne de la cuisse. On ne trouve pas d'œdème ni de douleur le long des veines. La malade ne boite pas et n'éprouve aucune douleur.

En somme, ce qui est surtout intéressant dans cette observation, c'est la facilité de l'expulsion de la tête dès que la ceinture pelvienne a été sectionnée.

Alors que l'on avait retardé l'intervention le plus possible jusqu'à l'imminence de rupture utérine, alors que la poche des eaux était rompue depuis plus de 10 heures et que la malade avait été amenée dans cette situation d'un village environnant, les résultats ont été tout à fait satisfaisants au point de vue mé-

canique et également au point de vue des suites de couches.

Au point de vue mécanique, la descente de la tête s'est faite spontanément et rapidement sous l'influence des faibles contractions utérines survenant au cours d'une anesthésie cependant profonde. La rotation et le dégagement n'ont nécessité qu'une ou deux manœuvres d'expression utérine ; le résultat a été tellement rapide que l'on a eu à peine le temps de terminer l'opération et le pansement avant la naissance de l'enfant.

Les résultats maternels ont été aussi satisfaisants ; elle a bien eu un peu de température, mais ces accidents n'ont pas été comparables à ceux auxquels elle aurait été exposée par une césarienne, ni même à ceux qu'elle a présentés à son dernier accouchement. Celui-ci, alors qu'il s'agissait d'un enfant plus petit, se termina par une craniotomie sur enfant vivant et les suites de couches furent troublées par une phlébite qui immobilisa la malade pendant trois mois. Cette fois-ci, elle a pu quitter le service en parfait état, exactement au bout d'un mois.

A tous les points de vue, par conséquent, les résultats ont été infiniment plus favorables dans le dernier accouchement et c'est là un succès de plus à l'actif de la pubiotomie.

Nous avons pu toucher et palper la malade trois mois environ après l'intervention : la section osseuse est parfaitement consolidée ; le col normal et indolore, la démarche nullement gênée. Ce qu'elle a surtout retenu comme suite heureuse, c'est que l'ac-

complissement de ses rapports sexuels se fait aussi facilement que par le passé !

OBSERVATION IX (Personnelle)

(Soc. d'Obst. de Lyon - 12 Nov. 1912).

X..., 29 ans (opérée le 28 septembre 1912). III^e pare, premiers pas à 16 mois. Rougeole dans l'enfance. Rhumatisme articulaire aigu à 16 ans. Scarlatine à 22 ans. Réglée à 13 ans. Mariée à 20 ans.

1^{re} grossesse en 1905. — Acc^t spontané difficile d'un enfant de 2500 gr.

2^e grossesse en 1907. — Forceps pénible ; enfant mort.

Pour sa 3^e grossesse, la malade vint consulter au 7^e mois.

Inspection : taille petite, squelette frêle. Parenthèse fémorale accentuée.

Au toucher : Promontoire élevé et saillant légèrement refoulé à gauche. P. S. P. = 10,5.

Bassin aplati simple du côté droit, aplati et généralement rétréci du côté gauche. Tissu cervico-vaginal extrêmement souple.

Etant données les dimensions du promontopubien minimum et l'issue spontanée d'un enfant de 2500 gr. lors du 1^{er} accouch^t, nous laissons la malade choisir entre un accouch^t prématuré artificiel et l'accouch^t à terme avec pubiotomie. Désirant surtout avoir un enfant très bien développé, elle préfère cette dernière conduite. D R du 28 nov. au 4 déc. 1911 ; accouch^t probable le 8 sept. 1912. Ce n'est que le 26 sept. à 19 heures qu'apparaissent les premières douleurs.

Le 27 septembre. Tête un peu amorcée. Epaule à gauche à 7/11. B C bien perçus. Col presque effacé, cavité cervicale à 1 cent., les orifices externe et interne ont 3 cent., la sagittale est au-dessus du col. Tête très mobile : le pariétal post^r chevauche sur l'an^r.

Le 28 septembre : douleurs vives dans le bas ventre.

A 10 h. 30, dilatation à 5 francs ; la poche des eaux bombe à travers le col ; le pariétal post^r chevauche sur l'an^r ; la sagittale en transverse à 1 cent. seulement de la symphyse.

B C réguliers à 130.

A 16 h. 15, dilatation du col presque complète, tête amorcée. Douleurs plus espacées.

A 17 h. 20 : B C à 120, réguliers mais un peu soufflés.

La malade est épuisée, le facies pâle, le pouls à 100, l'anneau de contraction de l'utérus est visible à 5 travers de doigts au-dessus du pubis : on se décide à pratiquer la pubiotomie.

Intervention à 17 h. 50. — M. Bourret la pratique suivant la technique du Pr. Fabre. Mais, au moment de la moucheture vulvaire, il s'écoule immédiatement une quantité anormale de sang en jet continu. On agrandit l'incision de façon à pouvoir reconnaître l'origine de l'hémorragie et à s'en rendre maître.

La section augmente encore l'écoulement sanguin, des pinces sont placées sur les points qui saignent, mais il s'agit d'une sorte de tissu caverneux, sur lequel les pinces isolées n'ont aucune action ; ce n'est qu'en saisissant en masse les tissus dans les mors des pinces qu'on arrête complètement l'écoulement. La malade a perdu environ 200 gr. en quelques minutes.

On retire, puis on réintroduit le porte-scie en en faisant aboutir la pointe, absolument en dehors de la grande lèvre.

La scie est adaptée et mise en place.

La section est alors faite en 15 mouvements de va-et-vient. On constate par le vagin un écartement de 3 cent. L'hémorragie osseuse est insignifiante. Le drain est mis en place. Par 2 points de suture, prenant en masse tous les tissus on réalise une hémostase définitive de la grande lèvre.

L'opération est terminée à 18 h. 50.

A 19 h. 45, on rompt les membranes : eaux sales teintées de méconium. B C = 120. On attend.

A 21 heures, on aide l'expulsion spontanée par une injection de 1/2 centicube de pituitrine et de l'expression abdominale à la Kristeller.

La tête apparaît à la vulve, toujours en tran sverse gauche. On la dégage facilement, sans déchirure.

L'enfant (3280 gr.) naît étonné ; on le ranime en 10 min.

Aucune hémorragie : l'écartement est toujours de 4 cent.

Les suites opératoires ont été parfaites ; la temp^{re} maxima s'est maintenue autour de 37°8 ; aucune suppuration abdominale ni vulvaire.

Le 11 octobre, la malade a pu lever le talon gauche au-dessus du plan du lit.

Le 14 octobre (16^e jour), la malade a fait ses premiers pas.

Elle est sortie du service le 22^e jour, parfaitement rétablie ; emportant un enfant en excellente santé.

Certaines particularités méritent d'être notées, comme dans la précédente observation :

1) La marche des événements nous a prouvé que la conduite de choix était bien de préférer l'attente du terme avec pubiotomie à un accouchement prématuré provoqué. La malade s'était trompée de 15 jours dans l'estimation de son accouchement probable ; un accouchement provoqué prématurément risquait de faire naître un fœtus insuffisamment développé. La pubiotomie a donné, suivant le désir de la mère, un enfant à terme, ayant toutes chances de s'élever dans d'excellentes conditions.

2) Les difficultés de l'engagement dans ce bassin où les dimensions antéro-postérieures n'étaient, en somme, pas très réduites et le diamètre transverse maximum conservé, ont été considérables. Cela tient sans doute à ce que l'engagement s'est fait en transverse gauche, c'est-à-dire l'occiput orienté du côté du bassin le plus mauvais, ainsi que l'indiquait l'examen clinique contrôlé ultérieurement par la radiographie faite après l'accouchement. La pubiotomie, en agrandissant de ce côté l'arc antérieur dont le type était celui d'un bassin généralement rétréci et en transformant ainsi la forme générale du bassin en celle d'un bassin aplati pur, ne pouvait qu'être très favorable à l'issue du fœtus.

3) L'intervention a été retardée le plus possible, jusqu'à ce que l'épuisement imminent de la malade eut enlevé tout espoir de voir l'accouchement se terminer spontanément. A ce moment, du reste, les conditions étaient tout à fait favorables, la malade n'ayant pas la moindre élévation de température, la poche des eaux n'étant pas encore rompue, et la dilatation à peu près complète.

4) En pratiquant la contre-ouverture au niveau de la grande lèvre, on eut la malchance de toucher des tissus très vasculaires qui ont donné une hémorragie importante et brusque.

Le mieux dans ce cas était de poser une ligature en masse et de diriger le porte-scie plus en dehors, de façon à échapper complètement au tissu dangereux : c'est ce que fit M. Bourret.

5) L'accouchement spontané tardant à se produire par suite de l'inertie postanesthésique, on a aidé la contraction utérine par une injection de pituitrine et par de l'expression à la Kristeller qui ont amené la tête sur le plancher périnéal et facilité le dégagement rapide.

A noter que la rotation s'est produite d'une façon fort incomplète, que la tête est restée presque jusqu'au bout en transverse gauche, et même qu'elle a franchi la vulve en oblique gauche ; étant donnée la souplesse des parties molles, cela n'a eu aucun inconvénient.

La Technique du Professeur Fabre

I. — Manuel opératoire

Le Manuel opératoire dont se sont servis le professeur Fabre ou ses chefs de clinique, au cours de ces cinq dernières années, a peu varié de la première à la neuvième intervention. Actuellement, vu l'excellence des résultats obtenus, la rareté et le peu d'importance des accidents survenus, il est définitivement adopté dans le service, tel que nous allons le décrire :

Instruments. — L'opérateur doit avoir à sa disposition : un bistouri, une sonde cannelée, six pinces hémostatiques, deux scies de Gigli, le portescie de Doderlein. Un drain de 5 millimètres, une ceinture de gymnastique et le matériel de suture constituent les accessoires.

Préparatifs. — La malade est endormie à l'éther ; les régions pubienne et sus-pubienne, les grandes lèvres et toute la région vulvaire sont rasées avec soin et lavées à l'eau bouillie et au savon. On donne une injection vaginale ; la vessie est vidée.

Pendant le premier temps de l'opération, la malade a les jambes étendues, puis elle est mise en

position gynécologique et les cuisses sont maintenues solidement en flexion et en abduction par deux aides.

De la gaze stérilisée, des tampons sont prêts en cas d'hémorragie.

Intervention. — *Premier temps : incision de la paroi.* — A 2 centimètres de la ligne médiane, on fait une incision verticale de 6 centimètres de haut, partant du bord supérieur du pubis. 5 à 6 centimètres d'incision sont suffisants quand le pannicule adipeux n'est pas trop épais. La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose sont incisés. Le muscle droit antérieur est sectionné dans la partie inférieure de l'incision, de façon à permettre de bien repérer le bord supérieur de la branche horizontale du pubis. On évite ainsi les lésions possibles de la vessie.

Deuxième temps : passage du fil-scie. — Les lèvres de l'incision sont écartées ; l'index gauche, la pulpe appliquée contre la face postérieure du pubis, y guide la pointe du porte-scie. A ce moment, la main gauche, gantée de caoutchouc, quitte la plaie abdominale et va à la recherche du bec du porte-scie par la voie vaginale et guide la pénétration de ce porte-scie en maintenant son extrémité en contact avec l'os.

La pointe du porte-scie est dirigée vers la grande lèvre, où elle fait saillie sous la peau, le plus près possible de la branche descendante du pubis et à environ 3 centimètres de la ligne médiane.

Le gant de caoutchouc est remplacé par un gant de fil stérilisé.

Sur cette saillie, au bistouri, on pratique une mou-



Photographies prises pendant une opération de Gigli sur bassin aplati et généralement rétréci, qui fut suivie d'une expulsion spontanée et rapide.

Fig. 1

Introduction du porte-scie.

Après incision verticale de 6 cent, faite à gauche de la ligne médiane, le porte-scie tenu dans la main droite est glissé derrière le pubis, guidé par un doigt vaginal ganté de caoutchouc. L'extrémité du porte-scie a soulevé la face externe de la grande lèvre, au niveau du point où on va pratiquer la moucheture vulvaire.

Fig. 2

Mise en place du fil-scie.

Le porte-scie est retiré de bas en haut en entraînant avec lui la scie de Gigli, qu'un fil de soie a fixée à l'œillet. La main gantée de caoutchouc surveille ce mouvement à travers la paroi vaginale.

Fig. 3

Sciage du pubis.

Les poignées mises en place, le fil-scie a été manœuvré et le pubis est sectionné pendant que deux aides maintiennent solidement les cuisses en flexion et en abduction et s'opposent à l'écartement brusque.

Fig. 4

Apparition de la tête à la vulve une fois la suture faite.

Deux mains compriment les trochanters et luttent contre le trop grand écartement produit par la progression de la tête (celle-ci apparaît à la vulve). L'opérateur a saisi les fils de la suture abdominale et s'apprête à les couper.

Fig. 5

*Dégagement de la tête.
Manœuvres d'expression abdominales.*

On protège le périnée en retenant la tête fœtale, pendant qu'un aide favorise la descente par les manœuvres de Kristeller.

L'anus est dilaté et entouré d'hémorroïdes procidentes.

EXPLICATION DES PHOTOGRAPHIES CI-CONTRE

L'observation personnelle de l'opérée est publiée in extenso
(Voir observation VIII, page 35).

chéture cutanée et on fait déborder l'œillet du porte-scie. On attache le fil-scie par l'intermédiaire d'un fil de soie.

Le porte-scie est retiré, entraînant le fil-scie.

Troisième temps ; section du pubis. — Ecartement.

— A chaque extrémité du fil-scie, on fixe les poignées qui servent à maintenir la scie tendue, et, par des mouvements d'oscillation, on sectionne très rapidement le pubis. Il se produit un craquement et un écartement d'environ 2 centimètres. A ce moment, les aides mettent les cuisses en rotation interne. L'hémorragie, due au tissu spongieux de l'os, paraît tout d'abord très abondante, mais elle s'arrête spontanément. On retire la scie, après avoir fixé à une de ses extrémités un drain à l'aide d'un fil de soie. Le drain est conduit par la plaie jusqu'au bord supérieur de la branche pubienne.

Quatrième temps : suture. — 1° Un point de suture fixe le drain au niveau de la plaie vulvaire ;

2° L'aponévrose est suturée par un surjet à la soie ;

3° La plaie cutanée sus-symphysaire est complètement fermée.

Attente de l'accouchement spontané. —

Après l'intervention, la malade est reportée dans son lit et réveillée ; on attend que l'accouchement spontané se produise. Si l'on constate des signes de souffrance du fœtus, s'il y a arrêt des douleurs, on extrait le fœtus par l'intervention la mieux appropriée : version ou forceps, mais on ne s'y résout qu'à la dernière extrémité, le Gigli n'étant pleinement satisfaisant que quand il s'accompagne d'une expulsion spontanée.

Si l'intervention est rendue nécessaire par l'inefficacité des contractions utérines ou la souffrance de l'enfant, l'extraction par la version doit être conseillée quand il n'y a pas de contre-indication à cette opération ; mais les tractions doivent être faites en arrière. La tête dernière cause un écartement moins considérable et, en outre, il est possible, au moment de l'extraction, de mettre la tête dans l'orientation et l'attitude la plus favorable.

A la Clinique, le cas ne s'est pas encore présenté ; nous en avons cependant un exemple emprunté aux quatre observations que M. Commandeur a eu l'obligeance de bien vouloir nous communiquer. Voici cette observation résumée :

OBSERVATION X (Inédite).

Marie D..., VIIpare. — P S P = 40,3. Arc antérieur de très court rayon. Antécédents déplorables : 4 forceps. 1 version. 1 prématuré provoqué (mort). En tout, 4 enfants morts à la naissance ou pendant les jours suivants.

La mère accepte le Gigli pour son 7^e enfant. La section osseuse amène un écart. de 6 cent. *On pratique la version*, avec extraction de la tête dernière, en ayant soin de diriger les tractions le plus en arrière possible dans le double but de ne pas exagérer l'écartement et de ne pas comprimer et déchirer les parties molles entre le mobile fœtal et les arêtes vives de l'os sectionné.

La section du pubis et l'écartement des fragments entraînent au cours de l'opération une hémorragie très forte que l'on tamponne. On y tasse de la gaze, dans le but de comprimer et de drainer la plaie.

L'infection se déclare le 3^e jour ; elle a pour porte d'entrée, à la fois la plaie opératoire et l'utérus. Une phlébite du membre inférieur gauche se déclare le 10^e jour et la malade se remet lentement après 60 jours de maladie.

L'enfant était sorti le 11^e jour, bien portant, pour être mis en nourrice.

Nous reviendrons sur l'emploi du forceps après pubiotomie.

Soins consécutifs. — On entoure le bassin d'une épaisse couche de coton, par-dessus laquelle on fixe une ceinture en toile forte et large, fermée par trois ou quatre boucles que l'on peut resserrer progressivement (ceinture de gymnastique).

Le cathétérisme de la vessie est nécessaire le 1^{er} jour.

On prend, du côté des voies vaginales, les mêmes précautions que dans les suites d'un accouchement normal. La malade commence à pouvoir se retourner vers le 8^e jour, et au bout de 21 jours elle peut se lever.

II. — Particularités de ce Manuel.

1) *L'incision.* — L'incision du début, l'incision de Gigli qui atteignait 10 à 12 centimètres et mettait d'abord à nu le pubis avant de le sectionner, a été remplacée en 1904 par la pubiotomie sous-cutanée (méthode de Döderlein) qui présente sur l'opération à ciel ouvert de tels avantages, que cette dernière est aujourd'hui complètement abandonnée. Gigli, en 1905, avait bien essayé de la réhabiliter, mais la pratique ayant mis en évidence la supériorité du procédé de Döderlein, celui-ci eut de nombreux imitateurs : de Bovis, Léopold, Hoffmeier, Bumm, van de Velde,

Küstner, Kannegeisser, etc. . . A Lyon, M. Commandeur a adopté intégralement le procédé de Döderlein. M. Fabre s'est également rallié au principe de la méthode, qui est excellent.

En effet, dans l'opération sous-cutanée il y a moins de danger pour l'infection : la plaie présente une moins grande surface à l'invasion des bacilles de la suppuration.

Elle est aussi facile que l'opération à ciel ouvert. Le plus grand avantage est la persistance, au-dessus de la section osseuse, d'un pont résistant formé de parties molles solides et élastiques ; après la division du pubis et surtout pendant le passage du fœtus, les deux côtés du bassin sont retenus par cette espèce de lien vivant et extensible ; l'écart est moins grand et moins brusque, le rapprochement se fait de lui-même, presque mécaniquement, la réparation est plus solide et la coaptation plus exacte.

Mais alors que, d'après Döderlein, on fait une incision abdominale transversale et une seconde incision vulvaire par où vient sortir le porte-scie, M. Fabre ne pratique qu'une seule incision, sus-pubienne et à direction verticale. A la vulve, le bistouri se borne à faire une simple moucheture de quelques millimètres à l'endroit où vient pointer le porte-scie après son passage derrière le pubis. Cette méthode présente un double avantage :

1) *L'incision sus-pubienne* verticale permet d'accrocher plus aisément le bord osseux avec l'index guide du porte-scie. On peut avec la plus grande facilité l'agrandir soit en haut, soit en bas, suivant

que le pannicule adipeux est d'épaisseur plus ou moins gênante. On évite la section des points d'attache des muscles grands droits de l'abdomen et l'écartement de leurs fibres est plus aisé. Les dangers d'infection sont moindres, et c'est la raison pour laquelle, en chirurgie générale, la tendance actuelle est aux incisions verticales et le plus éloignées possible des replis cutanés. Ajoutons que les mouvements de va-et-vient sont rendus plus faciles au moment de la section.

2) *L'incision vulvaire* est remplacée par une simple encoche cutanée au bistouri et son absence fait disparaître une cause fréquente d'hémorragie.

En incisant la grande lèvre sur 3, 4 et 5 centimètres, on risque fort d'ouvrir quelqu'une des varices, souvent volumineuses, qui s'y trouvent presque constamment chez la femme enceinte.

Au moment du passage du fœtus dans le canal génital, les parties molles — (tissu cellulaire très vasculaire et congestionné, plexus veineux de Santorini), — ne sont plus maintenues par la peau au niveau de l'incision et éclatent beaucoup plus facilement sous la pression de la tête fœtale. On a même observé une déchirure complète de toutes les parties molles, y compris la peau et une réunion des deux incisions sus et sous-pubiennes avec violente hémorragie (Arzac, de Bordeaux).

3) *Passage du porte-scie.* — Pour éviter les fausses routes du conducteur, Döderlein enfonce l'index comme guide dans la plaie sus-pubienne.

Porak est partisan de cette façon d'agir, trouvant

que, sans elle, l'opération est par trop aveugle. Il nous semble que l'on risque ainsi de dissocier les fibres aponévrotiques de l'abdomen et que la vessie, surtout exposée à ce temps de l'opération, ne s'en trouve pas mieux protégée. Aussi est-il plus simple et plus efficace de guider la pénétration du portescie et de maintenir son extrémité en contact avec l'os par la voie vaginale, à l'aide de la main gauche munie d'un doigt de caoutchouc, qu'on enlève et qu'on remplace par un gant de fil stérilisé pour le reste de l'opération.

Le décollement pariostique à la rugine, préconisé par de Bovis, est une complication inutile et même nuisible.

M. Commandeur, qui l'a expérimenté, n'en est pas partisan : au moment de l'écartement, il se produit un éclatement du périoste sauvegardé, auquel on doit préférer la simple section à la scie.

3) *Section du pubis.* — Gigli sectionnait l'os de dedans en dehors, du bord supérieur de la symphyse au tubercule sous-pubien. M. Fabre donne à son trait de scie une direction parallèle à la symphyse. Il se trouve espacé de 3 centimètres environ de la ligne médiane et vient ainsi aboutir le plus près possible de la branche descendante du pubis. Porak procédait de même et Bonnaire a bien fait ressortir les avantages de cette méthode. On évite ainsi à coup sûr de léser les ligaments suspenseurs de la vessie, les ligaments symphysaires rétro-pubiens, la vessie elle-même et surtout le corps caverneux du clitoris, organe particulièrement dangereux, dont l'ouverture

a causé 80 p. 100 des hémorragies observées au cours de la pubiotomie (selon la constatation de van de Velde).

4) *L'écartement* de l'espace interfragmentaire ne doit pas dépasser 5 centimètres. Au-dessus de ce chiffre, il devient dangereux du fait de la déchirure des capsules articulaires sacro-iliaques qu'il faut redouter.

Cet écartement doit être surveillé de près ; la plupart du temps, les deux fragments ne s'écartent que lentement et progressivement ; mais, dans d'autres cas, soit qu'il s'agisse de laxité trop grande des articulations sacro-iliaques, soit qu'une tension utérine trop considérable entre en action, la disjonction osseuse se fait brusquement. C'est pourquoi il est indispensable de faire maintenir les cuisses en flexion et abduction par deux aides qui exercent en même temps une pression sur les trochanters.

Il est clair que, principalement chez la primipare, mais aussi chez la multipare, où les parties molles sont souples et peu résistantes, un écartement brusque surtout de 6 centimètres ne peut aller sans déchirure ou sans rupture d'une ou plusieurs veines du plexus de Santorini, et bien des hémorragies doivent lui être attribuées, qui ont été mises au compte de la section osseuse.

Nous n'avons jamais retrouvé sur les sept malades revues après leur opération, aucun des troubles de la démarche (marche en canard), aucune des arthrites sacro-iliaques, longtemps douloureuses, qu'ont observées Roth à la Clinique Léopold, et Christofolletti

à la Clinique Schauta, et que ces auteurs attribuent à l'écartement brusque et trop considérable.

Nous pouvons, de notre côté, rapporter l'absence de tels accidents, à la pratique constamment observée à la Clinique Fabre de l'écartement lent et progressif.

5) *La suture.* — Les opérateurs à la Dœderlein n'introduisent pas de drain dans la contre-ouverture. De suite, ils font un surjet au crin de Florence sur l'incision sus-pubienne et sur l'incision inférieure. De Bovis, Van de Velde ont également adopté cette manière de faire. M. Commandeur draine à l'aide d'une mèche qui joue en même temps un rôle compresseur après l'hémorragie. Ne serait-ce pas là une des causes de la morbidité fébrile élevée observée par ces auteurs ? Toujours est-il qu'avec la fermeture complète de la plaie abdominale après fixation d'un drain à la boutonnière vulvaire, nous n'avons relaté qu'une seule fois une faible poussée de température, sur les 9 cas observés à la Clinique.

6) *La contention post-opératoire.* — Une ceinture de gymnastique ordinaire comprimant une épaisse couche d'ouate nous semble le meilleur procédé de contention. Bien supérieure à l'appareil plâtré ou aux deux sacs de sable qu'une malade de de Bovis avait elle-même imaginé de s'appliquer contre les hanches, elle présente cependant l'inconvénient de fatiguer les malades qui, en général, la trouvent trop dure et désagréable. Porak emploie une simple ceinture de flanelle dont la compression, quoique modérée, lui paraît suffisante ; n'y aurait-il pas intérêt à

éviter intentionnellement une coaptation des fragments osseux aussi complète qu'on la cherche généralement ? Le cal fibreux du début mettrait peut-être quelques jours de plus à se consolider, mais on obtiendrait ainsi un agrandissement permanent du bassin.

Si, d'une part, Hœlme (de Kiel), se basant sur un seul cas, prétend que la consolidation osseuse amène la reproduction du rétrécissement pelvien, Krömer et Schannenstein, de l'autre, ont observé l'un 9, l'autre 2 accouchements normaux sur des femmes pubiotomisées, lors d'une grossesse antérieure. Nous verrons tout l'intérêt de cette question quand nous parlerons des avantages de la pubiotomie et des 74 agrandissements permanents observés par Van de Velde sur 125 opérées.

III. — Pubiotomie et Forceps.

L'idéal serait d'obtenir une expulsion spontanée après chaque pubiotomie : ce fut le mode de terminaison de 4 de nos opérations. Dans les 5 autres cas, on doit avoir recours au forceps.

D'une façon générale, on peut dire qu'il faut attendre jusqu'au dernier moment pour s'y résoudre.

Dernier moment, veut dire premiers signes de souffrance de l'enfant, ou début de l'épuisement de la mère. Mais il ne faut pas exagérer l'attente outre mesure : l'observation III, qui fut suivie de mort de l'enfant, nous en fournit la preuve évidente. La le-

çon profita du reste, et dans les interventions ultérieures avec forceps, l'application faite en temps voulu fut couronnée de succès.

Avec le forceps, le danger de déchirures des parties molles est plus grand, surtout quand l'extraction n'est pas pratiquée dans les conditions voulues. Il faut procéder avec la plus grande prudence, agir lentement et sans effort violent, et cela d'autant plus que l'on est privé du contrôle précieux du dynamomètre, car l'emploi des lacs doit être proscrit d'une façon générale. Il est, en effet, démontré mécaniquement, que la force transmise au centre de figure par les lacs sur lesquels on tire, se décompose en deux forces secondaires ; l'une tend à entraîner le mobile saisi suivant l'axe du bassin, tandis que l'autre se dirigeant d'arrière en avant vient, sur la ceinture pelvienne rigide, se briser à la face postérieure de la symphyse pubienne. Après la section du pubis, cette partie de la force développée au moyen des lacs aura tendance à écarter d'une façon exagérée et nuisible les deux fragments de la section.

En résumé, l'opinion de M. Fabre est la suivante : l'attente est nécessaire et, pour avoir de bons résultats dans la pubiotomie et éviter les déchirures, il faut rechercher autant que possible une expulsion spontanée. Intervenir quand il faut, mais pas avant : telle est sa ligne de conduite.

M. Commandeur, sans vouloir dire qu'il ne faut jamais après la pubiotomie abandonner l'accouchement à la nature, croit cependant que, ce faisant, on fait courir à l'enfant des chances de mort, que l'ex-

traction immédiate permet à coup sûr d'éviter, à condition bien entendu, que la dilatation du col permette de la faire rapidement, sans danger pour la mère. 2 fois, il y a eu recours et s'en est bien trouvé, tant pour les enfants qui sont venus en bon état que pour les mères qui n'ont pas eu de déchirures. Voici ces observations résumées :

OBSERVATION XI (Inédite).

Berthe B..., tertipare. Rien dans ses antécédents.

1^{er} accouchement en 1899. — Enfant mort-né extrait par le forceps.

2^e accouchement en 1906. — Enfant extrait au forceps, meurt 1 h. après.

3^e accouchement en 1907 (Gigli). — La malade a été suivie pendant sa grossesse, on lui a proposé le Gigli; elle y a consenti, désireuse d'avoir un enfant vivant.

Bassin généralement rétréci. P S P = 9,5. M. Commandeur opère à la Doederlein; il se produit un brusque écartement de 6 cent. En raison de la souffrance de l'enfant, on fait une application de forceps; la prise et l'extraction sont faciles. — L'enfant se ranime vite. La délivrance se fait bien. Les *suites* sont normales: la température de la mère est montée 3 fois à 38°, à trois dates espacées. Elle sort le 23^e jour, complètement rétablie, emportant son enfant bien portant.

OBSERVATION XII (Inédite).

Marie B..., bassin généralement rétréci. P S P = 10,2. Vpare.

1^{re} grossesse en 1903. — 1 avortement à 3 mois.

2^e grossesse en 1905. — Forceps. Mort-né.

3^e grossesse en 1907. — Siège, mort 10 min. après la naissance.

4^e grossesse en 1908. — Epaule, mort-né.

5^e grossesse (actuelle). — La malade est vue à 8 mois. On lui conseille de préférer l'attente d'un accouchement à terme à un accouchement prématuré provoqué; — elle s'y décide.

A terme, M. Commandeur pratique la pubiotomie. Un enfant de 3.600 gr. est extrait après 2 applications de forceps assez difficiles.

La malade présenta comme *suites de couches*, une phlegmatia alba dolens qui la tint 58 jours au lit.

Elle partit à peu près rétablie, son enfant vivant.

Terminons par un autre cas où, malheureusement, le forceps, après pubiotomie, révéla ses inconvénients.

OBSERVATION XIII

(*Bulletin de la Soc. d'Obst. de Lyon*, février 1909, page 85).

Catherine A..., 34 ans, taille 1^m39. Primipare. Bassin aplati et généralement rétréci. P S P = 8,6. — La grosse disproportion entre la tête et le bassin font écarter l'accouchement prématuré à 8 mois 1/4, et le forceps au détroit supérieur à terme.

M. Commandeur pratique une pubiotomie à la Dœderlein. Un écart considérable succède brusquement à la section osseuse et au moment où on incise les téguments sur 3 cent. dans le sillon génito-crural, il se produit une violente hémorragie. On pratique au forceps l'extraction rapide et immédiate de l'enfant, afin de pouvoir s'occuper de l'hémostase; le périnée se déchire sur 5 cent. Cette extraction, un peu précipitée, amène la déchirure de la paroi antéro-latérale du vagin et la mise en communication du foyer de section osseuse avec la cavité vaginale. L'hémostase et le drainage sont alors pratiqués par cette cavité, et les plaies cutanées entièrement suturées.

Malgré le fort écartement, l'appareil uréthro-vésical a suivi le fragment droit et est resté indemne, malgré la large déchirure vaginale antérieure.

Bien que la malade ait présenté de la température pendant les 10 premiers jours des *suites de couches*, à aucun moment son état général n'a été inquiétant. La cicatrisation a été lente, mais régulière, et la malade à sa sortie était en bon état avec un bassin solide et une locomotion satisfaisante. — L'enfant, né vivant, meurt le 9^e jour de malformation intestinale constatée à l'autopsie.

A quoi peut être rapportée cette déchirure vaginale, sinon à l'application rapide et immédiate du forceps ? Il est vrai que M. Commandeur avait eu, en quelque sorte, la main forcée par une hémorragie violente et abondante ; nous avons vu que cette sorte d'accident était une conséquence assez fréquente de l'incision vulvaire de 4 cent. recommandée par Dœderlein (p. 50) et de l'écartement trop brusque des fragments quand la contention des trochanters par des aides est nulle ou insuffisante. Il nous semble, en outre, que la primaparité de la femme A... était une contre-indication de la pubiotomie.

En somme, le Gigli appelle souvent le forceps à son aide ; et celui-ci, appliqué avec une grande prudence et dans des conditions particulières, donne la plupart du temps de bons résultats.

Indications du Gigli.

I. — Bassins favorables. — Dans nos neuf observations, nous voyons la pubiotomie appliquée à des bassins très différents : 4 aplatis et généralement rétrécis (dont 1 asymétrique) — 2 généralement rétrécis, dont 1 à exostose pubienne) — 1 aplati pur — 1 cyphotique — 1 transversalement rétréci.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la prédominance de l'indication « aplati et généralement rétréci ». Il est facile de se l'expliquer. L'élargissement obtenu par l'écartement porte sur les divers diamètres du détroit supérieur. Mais les diamètres transverses sont les plus agrandis ; l'agrandissement est de 5 millimètres par centimètre d'écartement, ce qui représente un élargissement de 25 millimètres pour 50 millimètres d'écartement (limite de l'écartement non dangereux).

Le diamètre antéro-postérieur bénéficie moins de l'écartement pubien : environ 2 millimètres par centimètre d'écartement ; on ne peut donc compter sur un allongement de plus de 10 millimètres.

L'élargissement porte aussi sur les diamètres transverses du détroit inférieur, le bi-ischiatique

subissant un élargissement presque égal à l'écartement.

Dès lors, que se passe-t-il dans chaque catégorie de bassin une fois l'os sectionné et l'écartement type de 5 centimètres supposé uniformément atteint ?

1) *Les bassins aplatis et généralement rétrécis* subissent un élargissement important de leurs diamètres transverses et le résultat ainsi obtenu est fort appréciable. Non seulement ils se trouvent transformés en bassins aplatis, mais l'aplatissement lui-même est diminué par la section osseuse, puisque l'antéro-postérieur subit un agrandissement pouvant aller jusqu'à 10 millimètres. En tout cas, le promontopubien minimum ne doit pas être inférieur à 80 millimètres.

Nous considérons, en effet, qu'au-dessous de cette limite il est difficile de transformer sans danger, même temporairement, un bassin dystocique en bassin permettant le passage du mobile fœtal.

2) *Les bassins généralement rétrécis* bénéficient surtout de l'agrandissement transversal et très faiblement de l'agrandissement antéro-postérieur.

2 observations de la Clinique et 3 de celles de M. Commandeur (sur 4) visent des bassins de cette catégorie.

L'expérience de ces 5 cas a prouvé que le Gigli n'était réellement avantageux et suivi d'un dégagement facile, que quand le rétrécissement antéro-postérieur dépassait 8 cent. 5. L'indication s'en trouve donc un peu réduite.

3) *Dans les bassins simplement aplatis*, le Gigli

peut rendre l'aplatissement compatible avec le dégagement spontané, chaque fois qu'il n'est pas inférieur à 8 centimètres.

L'observation II nous en offre un exemple ; la pubiotomie y rendit la descente possible, et, si l'on dut avoir recours au forceps, c'est qu'un autre facteur dystocique était entré en jeu au moment du dégagement : l'excès de volume de l'enfant.

4) Une indication très marquée de la pubiotomie est le *bassin transversalement rétréci* ; cette forme de bassin existe, en effet, plus fréquemment qu'on ne le croit ; or, on conçoit facilement quel changement la transformation d'un diamètre transverse de 10 centimètres en diamètre de 12,5 apportera dans la marche de l'accouchement (voir notre observ. I).

5) Mais le *bassin cyphotique* constitue bien l'indication de choix du Gigli. Dans cette dystocie osseuse, des trois temps de la progression : — engagement, descente et dégagement, — les deux premiers seuls peuvent s'effectuer non seulement dans des conditions normales, mais encore se trouvent facilités par la disposition anatomique du bassin. Le dégagement, au contraire, est toujours anormal et souvent dystocique : la tête arrivée au bas de l'excavation trouve devant elle une arcade haute et étroite dans laquelle son diamètre bi-pariétal ne peut s'engager. Or, Jaboulay et Aug. Pollosson ont calculé (Art. « Pubiotomie » du Dictionnaire de Dechambre) que l'écartement interpubien de 4 cent. agrandit le biischiatique de 3 cent.

Cette précieuse donnée montre que même dans les

rétrécissements extrêmes on peut, avec un écartement non dangereux faire franchir à la tête le détroit inférieur. Il est vrai que ces auteurs avaient en vue la symphyséotomie. Aussi, hâtons-nous de dire que, sur ce terrain, les deux opérations se valent. Bien qu'en dise Krømer, Jeannin l'a formellement démontré en s'appuyant sur l'autorité de Bonnaire et sur les recherches de Rosenfeld et Tandler.

Nous renvoyons à notre obs. IV, où une pubiotomie sur bassin cyphotique fut suivie d'accouchement spontané et couronnée de succès.

6) Les *bassins asymétriques* sont également bien améliorés par le Gigli. Notre obs. VIII étudie une secondipare à bassin généralement rétréci à droite, où, après une première grossesse terminée par une craniotomie, la pubiotomie a donné un accouchement spontané et rapide. Signalons en passant que Macé et Porak ont depuis longtemps pubiotomisé des bassins asymétriques types, des bassins obliques ovulaires de Nægelé ; suivant les cas et les sujets, ces auteurs sectionnent le pubis tantôt du côté rétréci (rétrécissements faibles ou moyens), tantôt du côté sain (rétrécissements forts).

7) Un intéressant cas de Gigli sur *bassin à exostose pubienne* est rapporté à l'obs. V.

II. Du côté du Fœtus : la pubiotomie reconnaît deux indications principales : l'excès de volume de l'enfant (voir notre observation II, Schauta et Riefferscheid en ont également publié plusieurs cas), et les présentations persistantes du front, dont l'observation III, nous fournit un exemple. Wallich et Pinard

en 1902, avaient déjà préconisé la symphyséotomie dans cette dystocie à condition que l'enclavement ait lieu.

III. Du côté de la mère : L'état des parties molles est une question des plus importantes dans la pubiotomie. Il est nécessaire que les parties molles soient souples, que le col ne s'oppose pas par sa résistance au passage de la tête, car des déchirures graves sont à craindre ; à partir du moment où l'écartement atteint ou dépasse 5 cent., ces déchirures portent sur le vagin et mettent le trait de sciage de l'os en rapport avec la cavité vaginale ; elles peuvent porter sur le segment inférieur et l'intéresser, ou sur le canal vaginal et la vessie. Or chez les primipares, cet état de souplesse n'existe presque jamais ; chez les multipares par contre, la souplesse des parties molles est la règle à moins que pendant les accouchements antérieurs il se soit produit des déchirures dont les cicatrices exposent à des ruptures de téguments.

La pluriparité est donc une condition favorisante, sinon nécessaire du Gigli. Cette notion semble avoir été méconnue par les premiers opérateurs : et si nous retrouvons une si forte morbidité dans les résultats de Kannegeisser, Roth, Schauta, c'est que ces auteurs opéraient indifféremment primipares et multipares.

En France heureusement, de Bovis, Bué, Jeannin, ont attiré l'attention sur l'opportunité de la primiparité. Nous ne craignons pas, de notre côté, de la déclarer indispensable, surtout si on considère l'é-

ventualité fréquente d'une application de forceps. Pour arriver à n'avoir aucune déchirure sous l'influence des efforts de traction, portant sur des parties molles qui ne sont plus qu'imparfaitement soutenues, il faut évidemment que celles-ci soient très souples; chez la primipare ces tractions amènent à coup sûr des déchirures : l'observation XIII, nous en fournit un exemple.

La pubiotomie est, en outre, contre indiquée dans les cas d'infection, même légère, *de la mère*. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; les résultats obtenus dans les conditions contraires ont toujours été mauvais.

La pubiotomie est donc surtout indiquée chez les multipares non infectées, dans les rétrécissements des diamètres transverses des détroits supérieur et inférieur, chaque fois que le diamètre antéro-postérieur est de plus de 8 cent.

Cette formule précise vise donc particulièrement les bassins cyphotiques et transversalement rétrécis (dystocies relativement rares), et les bassins généralement rétrécis et aplatis et généralement rétrécis (dystocies beaucoup plus fréquentes).

Nous insistons sur la dimension minima de 8 cent, que doit avoir l'antéro-postérieur, car nous estimons exagérée la limite de rétrécissement de 6 cent. 75, fixée par Pinard, pour la symphyséotomie et conservé par Voguet pour la pubiotomie. Si de son côté, van Cauwenberghe a obtenu des résultats satisfaisants en s'en tenant aux mêmes proportions, nous considérons que ce sont là des exceptions heureuses.

La pubiotomie est une excellente opération, ce n'est pas douteux. Mais il ne faut pas lui demander au-dessus de ses moyens : c'est de cette façon que l'on est arrivé à charger sa morbidité et à lui créer une mortalité.

Avantages et Inconvénients du Gigli

En parcourant nos observations, un fait est surtout remarquable. Nos multipares ont toutes des antécédents obstétricaux déplorables et, à côté de forceps pénibles et meurtriers, on est frappé de la forte proportion de craniotomies antérieures et d'accouchements prématurés provoqués souvent suivis de mort. Survient une pubiotomie et ces mêmes femmes accouchent d'un enfant vivant.

1) Ne semble-t-il pas que les embryotomies sur enfant vivant ne doivent plus être pratiquées que dans les seuls cas d'infection confirmée de la mère, c'est-à-dire là où le Gigli et la Césarienne conservatrice sont contre-indiqués.

Par l'emploi de la pubiotomie, Schauta a réduit ses craniotomies appliquées à tous les cas de bassins rétrécis de 2,3 p. 100 à 1 p. 100, tandis que, les cas étant pareils, le pourcentage de la 2^e clinique viennoise était resté à 2,03 p. 100.

2) En réunissant les 9 observations de M. Fabre aux 4 de M. Commandeur, nous voyons que 7 fois sur 13, *l'accouchement prématuré provoqué* était indiqué au 8^e mois.

Plusieurs malades étant venues se faire examiner

à cette époque, on préféra attendre le terme, se réservant de pratiquer une pubiotomie, s'il en était besoin. De part et d'autre, on n'eut qu'à se louer de cette détermination, qui fit le bonheur des mères, toujours heureuses d'emporter à leur guérison un enfant vivant et complètement développé (1). Les risques d'erreur dans le calcul de la date de l'accouchement probable sont du même coup diminués et leurs conséquences écartées (témoin notre obs. IX).

3) Il est évident que dans tous les bassins rétrécis que nous avons mentionnés au chapitre « Indications », la *Césarienne* reprend ses droits quand le promonto-pubien a moins de 8 centimètres. Mais au-dessus de cette dimension, on ne doit pas, de parti-pris, pubiotomiser, et il est des cas où la *Césarienne* retardée ou même la *Césarienne* prématurée doit être préférée à l'opération de Gigli ; ces cas sont, en proportion inverse, des indications que nous avons données de la pubiotomie ; autrement dit, on donnera d'autant plus facilement la préférence à la *Césarienne* que le bassin sera plus aplati et moins transversalement rétréci.

A indication égale, la pubiotomie présente sur la *Césarienne* des avantages incontestables :

a) Elle est beaucoup plus simple et 15 minutes suffisent pour la pratiquer à un opérateur expérimenté.

b) Ce n'est pas une laparotomie. Expliquons-nous :

(1) Brandt (*Norsk. maj. f. Hægewid*, p. 515, 1909) rapporte que, grâce à l'hébotomie, il a pu limiter considérablement les accouchements provoqués, que la Norvège préconisait fortement.

quelque précaution que l'on prenne, tant au point de vue prophylaxie de l'infection qu'au point de vue opératoire, l'opération césarienne reste, malgré l'antisepsie, la plus grave des interventions abdominales.

Au Congrès international de gynécologie de Saint-Pétersbourg, en 1911, pour 321 cas de pubiotomie relevés dans 7 cliniques, Doederlein trouve une mortalité de 1,5 p. 100, — sur 225 cas opérés par Pfannenstiel, Frey, Léopold, Doederlein, Baunn et Wilhiana, Van de Velde trouve 1 p. 100 de mortalité, alors qu'au même Congrès Routh réunissait 736 césariennes qui offraient une mortalité de 7,2 p. 100! Les réflexions de Van de Velde, parues en un article très documenté dans l'*Obstétrique* de 1911 (p. 853), sont à ce point de vue concluantes.

c) La pubiotomie laisse une cicatrice cutanée insignifiante, ne prédisposant aucunement à l'éventration, mais pas de cicatrice utérine. « Or, — c'est de Bovis qui parle, — une cicatrice utérine, avec ses menaces de rupture, devrait être la dernière des choses à laquelle un accoucheur puisse se résigner. »

d) La césarienne plonge la malade, à son réveil, dans un état de shok opératoire, qui n'existe pas après un Gigli. La pubiotomisée, en effet, ressent au minimum l'obnubilation qui succède à toute anesthésie, quelle qu'elle soit ; cela dure une heure, deux au plus, et c'est tout. Je ne parle pas des états d'anémie aiguë obstétricale causés par des hémorragies plus à redouter dans la césarienne que dans le Gigli.

4) La pubiotomie permet d'attendre la fin du travail : en dehors de la diminution du nombre des accouchements prématurés provoqués, cette attente permet à l'opérateur de se convaincre, avant d'intervenir, que la nature a bien donné tout ce dont elle est capable, a manifesté son impuissance et que l'intervention est pleinement justifiée. Aussi ne peut-on trop rejeter la pratique qui fait, de parti pris, une sorte de pubiotomie prophylactique des accouchements pronostiqués difficiles, dès que la dilatation commence.

5) *L'hémorragie est insignifiante.* — Le sang qui s'écoule au cours de la pubiotomie peut provenir de deux sources : les parties molles ou l'os sectionné. Les parties molles, avec le manuel opératoire et les précautions que nous avons indiqués, ne doivent pas saigner, car on ne doit pas les léser.

L'os, sitôt sectionné, laisse brusquement échapper une certaine quantité de sang noir, due à l'abondance du tissu spongieux dans la branche horizontale du pubis. C'est alors qu'il faut bien se garder d'intervenir et que tout tamponnement ou bourrage de mèches produit des résultats funestes, en décollant et dilacérant les parties molles. 60, 80, 100 gr. de sang veineux s'écoulent et l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Tout écoulement sanguin persistant ou plus abondant reconnaît pour cause une déchirure quelconque, due à une faute de technique.

6) On peut en dire autant des *déchirures* elles-mêmes, et en particulier des déchirures vésicovaginales, — les plus sérieuses. Que faire dans ce

cas ? Deux auteurs argentins, Boero et Passeron, ont spécialement étudié la question (*Rev. de la Soc. Obst. et Gynéc.* de Buenos-Aires). Voici ce que dit Passeron à ce sujet :

« Ma méthode, qui se rapporte à toutes les diérèses
« et exérèses de la vessie, se fonde sur le principe
« chirurgical suivant : les solutions de continuité de
« la vessie n'ont pas besoin d'être suturées pour se
« réunir, elles se cicatrisent d'elles-mêmes si on
« assure le repos fonctionnel de l'organe. La durée
« de la guérison, qui est de 11 à 18 jours, m'a, en
« effet, montré que la suture de la vessie était nuisible, inutile et souvent difficile à pratiquer. Aussi,
« ai-je appelé ma méthode « méthode sans suture (1). »

7) La pubiotomie n'entraîne ni troubles urinaires, ni troubles de la démarche. La formation d'une pseudarthrose n'a été observée que 2 fois, dont une par Macé dans un bassin oblique ovalaire. — Quelle différence avec les graves inconvénients de la plaie articulaire (suppuration, défaut de consolidation, démarche en canard) que produisait la symphyséotomie.

En somme, tous ces avantages compensent largement les petits *inconvénients* du Gigli : on ne peut guère lui reprocher que de rares déchirures vésico-vaginales ; les seules inévitables sont celles que

(1) Nous devons la traduction des articles de Passeron et Boero à notre obligeant camarade de promotion, le Dr Pierre Boissezon. Nous le prions d'accepter nos vifs et très sincères remerciements.

produit la compression de la tête fœtale au moment de la descente.

Infection, hémorragie sont facilement évitées par une bonne technique.

De plus, comme nous l'avons vu, ses indications opératoires sont un peu restreintes, grâce aux mauvais résultats obtenus chez les primipares, dans les bassins aplatis purs de moins de 8 cent. Et encore, est-ce bien là un reproche sérieux ?...

Résultats post-opératoires. — De *troubles de la marche* et de *douleurs articulaires*, nous n'en avons point observé, bien qu'ayant revu la plupart de nos malades un certain temps après leur opération.

Van de Velde, qui a étudié ces troubles, a pu se convaincre qu'ils ne proviennent pas d'un écartement constant, ou d'une soudure fibreuse joignant les fragments pubiens, mais qu'ils sont le résultat des exigences trop fortes qu'on a demandées à l'articulation sacro-iliaque. En suivant les méthodes indiquées et en rejetant la pubiotomie, lorsque la disproportion est trop considérable, il est sûr que ces accidents-là peuvent être éliminés.

Une question très intéressante et qui n'a pas encore reçu de solution définitive, est celle de l'élargissement permanent du bassin à la suite de la pubiotomie. Sur 7 femmes revues après leur opération, nous l'avons constaté deux fois (V. obs. I et IV). Van de Velde, a rassemblé 125 cas soumis à un examen minutieux : 74 avaient un bassin agrandi, 43 ne présentaient pas d'agrandissement permanent. Dans

quelques cas rares, il y avait même rétrécissement, causé par la présence des masses calleuses, trop volumineuses.

Le plus grand nombre de cas présente donc un agrandissement permanent ; dans quelques-uns le cal est chimiquement osseux, mais le plus souvent il est fibreux au début et ne devient osseux qu'à la longue ; mais Van de Velde a démontré clairement — et ce fait mérite d'être mentionné — que l'absence d'une réunion osseuse ne cause aucune gêne à la femme.

N'ayant pas eu la chance d'observer de nouvelles grossesses, après pubiotomie, contentons-nous de relater les constatations de l'accoucheur hollandais : sur 13 accouchements ultérieurs à terme, il a pu constater que 7 femmes accouchèrent 12 fois spontanément ou sans qu'une intervention sérieuse dut avoir lieu, tandis que dans un huitième cas, concernant une femme qui refusait le Gigli répété et la césarienne, il fut obligé de perforer l'enfant vivant.

Quoi qu'il en soit, on peut admettre, d'après les observations de Schannenstein, de Franqué, Christofolletti, que l'enfant d'une mère, préalablement pubiotomisée, a chance de venir au monde sans trop de difficultés. Cette question appelle l'étude et sera certainement mise au point.

Nous n'avons pas, on le voit, fait une monographie complète de l'opération de Gigli. Loin de là. Cependant l'analyse de neuf observations et les déductions qui en découlent ont suffi pour qu'à la fin de ce travail nous puissions formuler un jugement

sur la pubiotomie. *Entreprise sur une indication exacte*, c'est une opération simple qui, avec peu ou point de dangers, supprime dans plusieurs cas d'une manière rationnelle, souvent même radicale, tout ce qui faisait obstacle à l'expulsion de l'enfant, du fait d'un rétrécissement du bassin.

L'opérateur qui compte sur elle ne craniotomise plus le fœtus vivant que dans les cas d'infection manifeste et il préserve un grand nombre d'enfants des désavantages de l'accouchement prématuré, pratique dont la mortalité atteint 25 à 35 p. 100.

Confiant dans la section du pubis, facile à réaliser rapidement, il laisse le travail aux seules forces de la nature jusqu'au moment où celles-ci donneront preuve de manifeste impuissance à le terminer.

L'expectation raisonnée, si souvent bienfaisante en obstétrique, le devient encore davantage : encouragée par le précieux appoint que lui donne la ressource d'une pubiotomie de la dernière heure, elle est de plus en plus pratiquée et prolongée : le nombre des accouchements spontanés augmente, pendant que celui des opérations dangereuses pour l'enfant diminue : c'est là un résultat remarquable.

Sans être de ces optimistes emballés qui, en voulant trop exiger de la nouvelle intervention, n'en ont retiré que de moindres avantages, nous nous rallions à l'opinion de notre maître qui nous disait, en nous conseillant au cours de ce travail : « Ne craignez pas de vous montrer enthousiaste ; c'est une excellente opération. »

CONCLUSIONS

L'étude clinique de 9 cas d'opération de Gigli observés à la Clinique obstétricale de Lyon nous amène aux conclusions suivantes :

1° Un manuel opératoire rapide et simple, tel qu'il est employé actuellement par le professeur Fabre, fait de l'opération de Gigli une excellente intervention.

2° La pubiotomie a totalement supplanté la symphyséotomie. Elle permet d'obtenir des enfants vivants et complètement développés avec des bassins antérieurement justiciables d'embryotomies ou d'accouchements prématurés artificiels.

3° Elle est surtout indiquée chez les pluripares non infectées, dans les rétrécissements des diamètres transverses des détroits supérieur et inférieur et dans les bassins aplatis, chaque fois que le promontopubien minimum atteint au moins 8 centimètres.

4° Primiparité et infection sont les deux seules contre-indications.

5° En restreignant son emploi à ces indications précises et en appliquant la technique que nous préconisons, on évite facilement les déchirures des parties molles et les hémorragies qui les accompagnent.

6° Nos 9 observations ont porté sur :

4 bassins aplatis et généralement rétrécis (dont 1 asymétrique) ;

2 bassins généralement rétrécis (dont 1 à exostose pubienne) ;

1 bassin aplati (avec excès de volume de l'enfant) ;

1 bassin eyphotique ;

1 bassin transversalement rétréci.

Le promonto-pubien minimum mesurait :

2 fois de 8 à 9 centimètres ;

6 fois de 9 à 10 centimètres ;

1 fois 10 centimètres.

Nous avons eu 4 expulsions spontanées, 5 applications de forceps.

Les accidents ont été :

2 hémorragies sans gravité (au-dessous de 250 gr.) ;

1 infection avec fièvre pendant les suites de couches ;

1 mort de l'enfant attribuable à l'opération ;

1 mort de la mère, occlusion intestinale par courbure de l'angle gauche du côlon.

Neuf observations étant un chiffre insuffisant pour

permettre d'établir un pourcentage général, nous mentionnons pour mémoire celui que van de Velde a basé sur 546 cas des cliniques allemandes, autrichiennes, italiennes et françaises.

Mortalité maternelle : 1,5 %.

Mortalité fœtale : 6,5 %.

Morbidité : 30 % (non expurgée).

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Décembre 1912.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUBERT. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 janvier 1906, p. 18.
- BAR. — *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, VIII, 1905.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — Article « Pelvitomies », de la *Pratique de l'Art des Accouchements*, pages 885 et 921.
- BAUMM. — Beitrag zur Pubiotomie nach Gigli. *Monatsch. f. Geburt. u. Gynæk*, 1903, n^{os} 17 et 18.
- BERNY. — La Pubiotomie en France, Thèse de Toulouse, 1906-07.
- BERRY-HART. — *Journal of obst. a. Gynec. of the british Empire*, 1903, p. 3.
- BOERO. — A proposito de las desgarradas vagino-vesicales comunicantes en las pubiotomizadas. *Rev. de la Cl. Obst. et Gyn. de Buenos-Aires*, juillet-août 1912.
- BONARDI. — Taglio lateralizzato del pube col filo-sega Gigli. *Ann. di ostet. e ginecol.*, janvier 1898.
- BONNAIRE. — Discussion d'une obs. de Porak. *Soc. Obst. de Paris*, juillet 1905.
- BOUCHACOURT. — Article « Pubiotomie » du dictionnaire de Dechambre.
- BOVIER-LAPIERRE. — Césarienne et Symphyséotomie dans les bassins cyphotiques. Thèse de Lyon, 1905-1906.
- DE BOVIS. — De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli. *Sem. méd.*, 1904, p. 409.
- L'attitude à donner pendant et après l'opération de la pubiotomie. *Sem. méd.*, 1911, p. 79.
- De la technique de la Pubiotomie. *L'Obstétrique*, 1911, p. 374.
- BRANDT. — *Norsk. maj. f. Hægewid*, 1909, p. 515.
- BUÉ. — De l'agrandissement momentané du bassin. *Nord méd.*, 1^{er} mai 1906.
- BUMM. — Cité par Stœckel ; Symphyséotomie oder Pubiotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.*, 20 janvier 1906.

- BUREAU. — Bassins à diamètres antéropostérieurs prédominants. Thèse de Lyon, 1912-13.
- BURGER. — *Centr. Bl. f. Gynæk.*, 8 juillet 1905.
- CALDERINI. — Cité par Gardini. Il secondo caso de pubiotomie col filo-sega Gigli. *Ann. di ostet. e ginecol.*, juin 1900.
- VAN CAUWENBERGHE. — Elargissement du bassin par la pubiotomie. *L'Obstétrique*, Paris 1905, n° I.
- Sur la Pubiotomie. *Pres. Méd.*, 1906, p. 505.
- COMMANDEUR. — *Bull. de la Soc. Obst. de Paris et Lyon.*, 1909, p. 85.
- COUVELAIRE et LABUSQUIÈRE. — *Ann. de Gynéc.*, mars 1906.
- DÖDERLEIN. — Über alte und neue beckenverweiternde operationen *Arc. f. Gynæk.*, 1904, vol. LXXII.
- Wertere Erfahrung und Verbesserungen der subkutanen Hebomie. *Cent. Bl. f. Gynæk.*, 22 octobre 1904.
- Zur Hebomiefage. *Cent. Bl. f. Gynæk.*, 20 jan. 1906.
- DOLÉRIS. — L'opération de Gigli dans la pratique obstétricale. Académie de Médecine, 21 mai 1907.
- DORA TELEKY. — Lésions de l'appareil urinaire au cours de l'hébotomie, *Wien. Medizin. Wochens.*, 1911, p. 2414.
- FABRE. — Précis d'Obstétrique, 1910, p. 509.
- Indications respectives de l'opération césarienne et de l'opération de Gigli. *Bull. soc. Obst. de Paris*, 1907, p. 266.
- FABRE et BOURRET. — *Bull. de la Soc. Obst. de Paris et Lyon.*, mai 1911, mai et novembre 1912.
- FABRE et TRILLAT. — *Bull. de la Soc. Obst. de Paris et Lyon.*, février, mai et décembre 1910.
- FARABEUF. — Précis de manuel opératoire, 1909.
- FERRARI. — Considerazioni sulla mia prima operazione del taglio lateralizzato. *Boll. della soc. toscana di ostet. e ginecol.*, avril-mai 1903.
- FERRONI. — Per la casistica del taglio lateralizzato del pube la *Ginecologia*, 30 avril 1904.
- Beitrag zum Lateralschritt des Beckens nach Gigli. *Centr. Bl. f. Gynæk.*, 10 septembre 1904.
- GIGLI LÉONARDO. — Taglio lateralizzato del pube ; susi vantaggi, sua tecnica. *Ann. di ostet. et ginecol.*, octobre 1894.
- Taglio lateralizzato del pube ; considerazioni clinisch, *Boll. della. Soc. Toscano*, mai 1902.
- Taglio lateralizzato del pube ; Congrès de Rome, 20 sept. 1902. *Société italienne d'Obst. et de Gynec.*, oct. 1903.
- Pubiotoma alla « Baum » *Arc. ital. de Gynec.*, déc. 1903.
- I primi 15 casi di taglio lateralizzato del pube. *Ann. di ostet. et ginecol.*, mai 1904.

- GIGLI. — Meine Technik des Lateralschnittes. *Cent. Bl. f. Gynæk.*, 19 novembre 1904.
- Communications des 19 février 1903 et 15 décembre 1904 à la *Soc. d'Obst. de Paris. Pres. méd.*, 1905, p. 30.
- La section latérale du pubis appréciée par les résultats fournis par 90 interventions. *Pr. méd.* 1905, p. 239.
- GUERLOT. — *Rev. prat. de gynéc et d'Obst. de Paris*, 1906. 1-2.
- GUICCIARDI. — Il terzo caso di taglio lateralizzato nella maternità di Firenze. *Boll. della Soc. toscana.*, avril-mai 1903.
- HAMMER. — Casuistischer Beitrag zur Hébotomie. *Mürch, med, Wochers*, 16 mai 1905.
- HÄHNE (de Kiel). — La pubiotomie répétée. *Beitragez, Geburt. u. Gynæk*, 1909, p. 395.
- HOHBROEG. — Vier Fälle von Pubiotomie, *Cent. Bl. f. Gynæk*, 21 octobre 1905.
- JEANNIN. — Hébotomie ou Symphyséotomie? *Pres. Méd.* septembre 1908, p. 601.
- JORAND. — Accidents et complications de la Symphyséotomie. Thèse Paris, 1896.
- KANGGISSER. — Beitrag zur Hébotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 29 juillet 1905.
- 21 cas d'Hébotomie. *Arch. f. Gynæk.* LXXVIII, 1.
- KEHRER. — Symphyséotomie und Pubiotomie *Monatsch. f. Geburt, u. Gynæk*, mars 1905.
- KRÖMER. — Résultats de la pubiotomie. *Soc. de Méd. Berlinoise*, 13 mai 1908.
- KÜSTNER. — Zwei Fälle von Pubiotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 8 juillet 1905.
- LACOUR. — Recherches sur la provocation de l'accouchement prématuré. *Thèse de Paris*, 1844.
- LÉOPOLD. — Zur Hébotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 19 nov. 1904.
- MACÉ. — Opération de Gigli pour bassin oblique ovalaire. *Bull. Soc. Obst. Paris*, 16 nov. 1905.
- *Bull. Soc. Obst. Paris*, IX, 1906. 28 fév. 1907.
- MAIRE LÉON. — Nouvelle opération destinée à remplacer la symphyséotomie. *Pr. méd.*, août 1907, p. 546.
- MEURER. — Fwee gevallen von snelle rekking eene von het ondeste reteras segment. Schaamtunnede in hetsoh nederl. *Fizdschrift vror Genuskunde*. 1903, n° 23.
- MEYER. — Ein Fall von Lateralschnitt durch das os pubis nach Gigli. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 28 mars 1903.
- MONTGOMERY. — *American Journal of obst. New-York*, 1906.
- Opération de Gigli en position mentosupérieure persistante. *XV^e Congrès intern. de Méd.* Avril 1906.

- MURAT. — *Dict. des Sc. méd. en 60 vol.* (Art. Symphyséotomie). 1821.
- PASSERON. — A proposito del tratamiento de las desgarradas vaginal-vesicales comunicantes en las pubiotomizadas. *Rev. de Cl. Obst. et de Gynéc. de Buenos-Aires*. Mai-Juin 1912, p. 162.
- PESTALOZZA. — Due casi di taglio lateralizzato del pube. *Boll. della Soc. Toscana*, août 1902.
- *Centr. Bl. Gynæk.* 24 janv. 1903.
- PORAK. — Un cas d'opération de Gigli. *Bull. Soc. Obst. Paris*. 18 mai 1905.
- Nouveau cas de Gigli. Discussion de MM. Boissard, Macé, Bonnaire. 6 juillet 1905, p. 180.
- Gigli sur un bassin oblique ovalaire. 18 janv. 1906, p. 2.
- PUECH. — De la pubiotomie. *Proo. médic.*, 9 juin 1906, p. 278.
- REEB. — Erfahrungen ueber Klinik und Technik der Pubiotomie. *Monatsch. f. Geburs. ur. Gynæk.* oct. 1905.
- REIFFENSCHIED. — Zur Pubiotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 21 oct. 1905.
- RISS. — *Journal d'Obst. et Gyn. pratiques*. 20 avril 1906.
- ROSENFELD. — Ueber die Art der Beckenerweiterung bei der Pubiotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.*, 20 janvier 1906.
- ROSTER. — Un caso di taglio lateralizzato nella pratica. *Boll. della Soc. Toscana*. Juillet 1903.
- RÜHL. — Les dangers de la Pubiotomie. Moyens de les éviter. *Monatsch. f. Geburt. u. Gynæk.* Sept. 1906.
- SALADINO. — Il secondo taglio lateralizzato del pube nella clinica obstetrica di Siena. *Boll. della Soc. Toscana*, nov.-déc. 1902.
- SCARLINI. — Il primo taglio lateralizzato del pube nella clinica obstetrica di Siena. *Boll. della Soc. Toscana*, nov.-déc. 1902.
- SGHANNESTEIN. — Accouchements normaux après hébostéotomies. *Soc. de Pédiatrie de Munich*, 23 avril 1910.
- SCHAUTA. — Cité par Bürger. Zur Pubiotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 8 juillet 1905.
- *Monatsch. f. Geburt. u. Gynæk.*, mars 1909.
- TANDLER. — Zur Anatomie des Lateralschnittes. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 15 juillet 1905 et 20 janvier 1906.
- TOPORSKI. — Cité par G. Arnt. Ein Fall von Pubiotomie. *Centr. Bl. f. Gynæk.* 5 déc. 1903.
- TRILLAT. — *Bull. Soc. Obst. Paris et Lyon*, mai 1909, p. 218, et avril 1910.

VANWTERBERGHE. — Contribution à l'étude de la Symphyséotomie.
Thèse de Paris. 1899-1900.

VARNIER. — *Ann. de Gynéc.*, avril 1893, p. 89.

VAN DE VELDE. — Die Hebotomie, *Centr. Bl. f. Gynæk.*, sept. 1902 et 30 juillet 1904.

— Hébotomie met blijvende verwinding von het bekken.
Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 30 mai 1903.

— Hébotomie mit bleibender Erweiterung des Beckens.
Wiener Klin. Wochenschrift. 1903, n° 29,

— *Sem. Méd.* 1903, p. 307.

— *L'Obstétrique*, oct. 1911, p. 870.

VON O. FRANQUÉ. — Schambeinschnitt nach Gigli. *Prag. med. Wochenschrift*, 2 et 3 février 1905.

— Zur Indication des Schambeinschnittes nach Gigli.
Münch. Med Wochenschrift, 7 mars 1905.

VOGUET. — De la section latérale du Pubis. *Thèse de Paris*, 1906.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
L'OPÉRATION DE GIGLI A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LYON... ..	10
LA TECHNIQUE DU PROFESSEUR FABRE. — I. Manuel opératoire	43
II. Particularités de ce Manuel.....	48
III. Pubiotomie et Forceps.....	54
INDICATIONS DU GIGLI.....	59
AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU GIGLI.....	66
CONCLUSIONS.....	74
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	77

